

OŚWIADCZENIE PACJENTA



Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wszystkie poradnie w Mościckim Centrum Medycznym spółka z o.o. przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

za wyjątkiem:.....

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię:

Adres:

Data urodzenia:Telefon:

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania mojej dokumentacji medycznej, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię:

Adres:

Data urodzenia:Telefon:

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

.....
*data i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie*

.....
data i podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić