

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a zam.

PESEL na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1, rozdziału 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666) oświadczam, że:

1. Upoważniam / NIE upoważniam*

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL/data urodzenia, telefon)

.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o. z wyłączeniem poradni

2. Upoważniam /NIE upoważniam *

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL/ data urodzenia, telefon)

.....
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o. z wyłączeniem poradni

.....
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem/am poinformowany/a, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być udzielana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza lub personel medyczny czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Puławy,.....

.....
(czytelny podpis pacjenta)

*) niepotrzebne skreślić