

(oznaczenie podmiotu)

data.....

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DOTYCZĄCE:

1.(imię i nazwisko)

.....(PESEL)

2.(imię i nazwisko)

.....(PESEL)

nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia mojego bliskiego i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

1)

2)

(imię i nazwisko, adres, ewentualnie telefon lub inne dane umożliwiające kontakt)

Jednocześnie nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mojego bliskiego;

1)

2)

(imię i nazwisko)

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 nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Podpis przedstawiciela ustawowego.....

*niepotrzebne skreślić