



.....
imię i nazwisko pacjenta

....., dnia.....
miejscowość

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych procedur medycznych oraz leczenia farmakologicznego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności wszelkich danych dotyczących mojego stanu zdrowia, dla potrzeb prawidłowego prowadzenia procesu diagnostyki i leczenia, dokumentacji medycznej oraz statystyki i rozliczeń z NFZ (lub innym podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne).
3. Upoważniam /nie upoważniam Panią/Pana.....

PESEL/ data ur.....tel.....do
uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia / zdrowia dziecka, którego jestem rodzicem (lub opiekunem prawnym) za życia i/lub po śmierci z uwzględnieniem wglądu do dokumentacji medycznej i/lub uzyskaniem wyciągów, odpisów i kopii.

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego