

.....
miejsowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

upoważniam *(imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia)*
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

upoważniam *(imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia)* do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą *Skolioskan*.

nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą *Skolioskan*.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny*

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym¹ małoletniego(j)/osoby ubezwłasnowolnionej *

.....
(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

.....
Nr pesel

¹ **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

* *niepotrzebne skreślić*

ZGODA PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

Ja,

(imię i nazwisko, nr pesel)

wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy u:

mnie

osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej, znajdującej się pod moją opieką

.....

(imię i nazwisko, nr pesel pacjenta)

Zostałem/am poinformowany/na, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażona ustnie, albo przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynności proponowanym przez lekarza i inne osoby wykonujące zawody medyczne.

Powyższe zgody nie dotyczą zabiegu operacyjnego albo zastosowania metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w przedmiotowym badaniu innych lekarzy wsadzanych przez lekarza wykonującego badanie.

Wyrażam zgodę na pobranie próbki krwi do badań laboratoryjnych (HBV, HCV, HIV) w przypadku zakłucia personelu medycznego.

.....

data

.....

*podpis pacjenta lub przedstawiciela
ustawowego/opiekuna faktycznego¹*