



Zgoda* (lub brak zgody)* pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego) na przekazywanie określonym osobom informacji o jego stanie zdrowia, o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz na udostępnianie dokumentacji medycznej

Nr historii choroby pacjenta.....

1. **Wyrażam zgodę** na przekazywanie przez lekarza **informacji** o moim stanie zdrowia niżej wymienionej osobie (proszę podać dane personalne, adres i nr telefonu):

.....
.....

2. **Nikogo nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

3. **Upoważniam** niżej wymienioną osobę do udostępniania mojej **dokumentacji** medycznej (proszę podać dane personalne, adres i nr telefonu):

.....
.....

4. **Nikogo nie upoważniam** do udostępniania mojej dokumentacji medycznej.

.....
(dzień, miesiąc, rok)

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

** Proszę zaznaczyć w kółku numery wybranych odpowiedzi*

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.



Zgoda* (lub brak zgody)* pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego) na przekazywanie określonym osobom informacji o jego stanie zdrowia, o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz na udostępnianie dokumentacji medycznej

Nr historii choroby pacjenta.....

1. **Wyrażam zgodę** na przekazywanie przez lekarza **informacji** o moim stanie zdrowia niżej wymienionej osobie (proszę podać dane personalne, adres i nr telefonu):

.....
.....

2. **Nikogo nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

3. **Upoważniam** niżej wymienioną osobę do udostępniania mojej **dokumentacji** medycznej (proszę podać dane personalne, adres i nr telefonu):

.....
.....

4. **Nikogo nie upoważniam** do udostępniania mojej dokumentacji medycznej.

.....
(dzień, miesiąc, rok)

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

** Proszę zaznaczyć w kółku numery wybranych odpowiedzi*

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.