



ul. Katowicka 66A  
45-061 Opole  
NIP 754-25-57-814  
REGON 531420768

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII<sup>(A)</sup>  
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego W OPOLU



tel. 77 441 60 01  
fax. 77 441 60 03  
sekretariat@onkologia.opole.pl  
www.onkologia.opole.pl

**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. z późn. zmianami (Dz. U. 2017 poz. 1318)



ul. Katowicka 66A  
45-061 Opole  
NIP 754-25-57-814  
REGON 531420768

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII<sup>(A)</sup>  
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego W OPOLU



tel. 77 441 60 01  
fax. 77 441 60 03  
sekretariat@onkologia.opole.pl  
www.onkologia.opole.pl

**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. z późn. zmianami (Dz. U. 2017 poz. 1318)