



Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o.

Al. Solidarności 12, 03-411 Warszawa

tel.: 22 766 15 05 faks: 22 766 15 99



OŚWIADCZENIE PACJENTA

.....

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel

Nr tel Pacjenta

Oświadczam, że:

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć, następstwach ich stosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu

upoważniam podaną poniżej osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć, następstwach ich stosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu:

imię i nazwisko:

adres

telefon stopień pokrewieństwa.....

nie upoważniam nikogo do udostępnienia dokumentacji medycznej

osobą upoważnioną do udostępnienia dokumentacji medycznej jest:

.....

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci jest :

.....

osobą upoważnioną do odbioru moich rzeczy osobistych i złożonych do depozytu w przypadku mojej śmierci jest

w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia lub w razie mojej śmierci proszę niezwłocznie zawiadomić

Wieliszew, dnia

czytelny podpis pacjenta.....



NIP: 524 28 52 488
REGON: 369482970
www.szpitalonkologiczny.pl

