.....
(pieczęć zakładu)

Wieliszew, dnia ..... r.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Adres:

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 zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
☐	osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu jest ..... zam. .....
☐*	nie upoważniam nikogo do udostępniania dokumentacji medycznej
☐	osobą upoważnioną do udostępnienia jej dokumentacji medycznej jest ..... zam. .....
☐*	nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci
☐	osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci jest ..... zam. .....
osobą upoważnioną do odbioru moich rzeczy osobistych oraz złożonych do depozytu w przypadku mojej śmierci jest ..... zam.	
w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia lub w razie mojej śmierci proszę niezwłocznie zawiadomić	

.....
czytelny podpis pacjenta

*) proszę zaznaczyć właściwy kwadrat