



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:

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, wynikach leczenia oraz rokowaniu jest : Imię i nazwisko : Adres : Telefon : Stopień pokrewieństwa :
<input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo do udostępnienia dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną do udostępnienia dokumentacji medycznej jest :
<input type="checkbox"/> nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci
<input type="checkbox"/> osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci jest :.....
<input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną do odbioru moich rzeczy osobistych oraz złożonych do depozytu w przypadku mojej śmierci jest :
<input type="checkbox"/> W razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia lub w razie mojej śmierci \ proszę niezwłocznie zawiadomić :

Wieliszew, dnia r.

.....

(czytelny podpis pacjenta)



Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o.
Al. Solidarności 12, 03-411 Warszawa
tel.: 22 766 15 05 faks: 22 766 15 99

