

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

Ja, niżej podpisany

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 udostępnienia mojej dokumentacji medycznej (proszę podać dane personalne, adres i nr telefonu):

.....
.....

4. Nikogo nie upoważniam do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej.

.....
(dzień, miesiąc, rok)

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

** Proszę zaznaczyć w kółku numery wybranych odpowiedzi*