

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej)
000000025372- __
(kod identyfikacyjny)



FORMMED
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05
NIP: 727 276 48 44, KRS: 0000360842
(pieczęć świadczeniodawcy)

Oświadczenie pacjenta/opiekuna prawnego*

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku Nr 52 poz.417 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010r. Nr 252, poz. 1697) oświadczam, że:

1. **Upoważniam**

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe

nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania informacji o moim/mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. **Upoważniam**

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe

nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/mojego dziecka*.

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzanie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych przez Formmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. na rzecz mojej osoby/mojego dziecka*. **

*) właściwie zaznaczyć

**) Zostałem/łam pouczony/a, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;

- prawie odwołania zgody na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych. W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

Babice Nowe, dnia.....r.

.....
podpis pacjenta lub/i jego opiekuna prawnego

Uśmiech każdego dnia!