

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a .....,  
PESEL \_\_\_\_\_, oświadczam:

- o dobrowolnym i w pełni świadomym wyrażeniu zgody/nie wyrażeniu zgody na leczenie, zastosowane odpowiednio metod leczenia i procedur laboratoryjnych i innych diagnostycznych.

.....  
data podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

- o upoważnieniu/nie upoważnieniu osoby bliskiej do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz dostępie do dokumentacji medycznej Panią/Pana.....zam.....  
tel. ....
  - informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
  - uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

.....  
data podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

- o upoważnieniu w moim imieniu w trakcie wizyty receptowej osoby/osób do uzyskiwania w jego imieniu recepty lub zlecenia na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuowania leczenia, następujące osoby

1. .... 2.....

.....  
data podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem faktycznym małoletniego Osoby ubezwłasnowolnionej.

.....  
imię i nazwisko małoletniego, osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie drukowanymi literami,

.....  
data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego