

# OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej  
podpisany/a ..... zam. ....

Pesel: ..... na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1, rozdziału 5  
ustawy z dnia

6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r.  
Nr 52, poz. 417 z późn. zm.), S 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w  
sprawie

rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej

oraz sposobu jej przetwarzania ( Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Upoważniam / NIE upoważniam\* .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, pesel / data urodzenia, nr telefonu)

.....  
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi  
świadczeniach zdrowotnych w SCM SANMED w Rykach z wyłączeniem  
poradni .....

2. Upoważniam / NIE upoważniam\* .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, pesel / data urodzenia, nr telefonu)

.....  
do uzyskiwania dokumentacji medycznej we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach  
udostępniania dokumentacji medycznej  
w Specjalistycznym Centrum Medycznym SANMED w Rykach z wyłączeniem poradni  
.....

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych  
mieszczących się w zakresie  
świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem/am poinformowany/a, że zgoda na  
poszczególne świadczenia zdrowotne  
może być udzielana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący  
wątpliwości wskazuje na wolę poddania  
się proponowanym przez lekarza lub personel medyczny czynnościom. Powyższa zgoda nie  
dotyczy zabiegu operacyjnego albo  
zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla  
pacjenta.

4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od Specjalistycznym Centrum Medycznym  
SANMED w Rykach na podany nr telefonu  
lub i adres poczty elektronicznej w formie SMS lub email.

Ryki, dnia .....

(czytelny podpis podpis)