

LUXMED-UZDROWISKO NAŁĘCZÓW

Sp. z o.o.

24-150 Nałęczów, al. Kasztanowa 6

\_\_\_\_\_ (data)

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), \_\_\_\_\_ (PESEL)

nie upoważniam nikogo/ upoważniam\* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, adres, ewentualnie telefon lub inne dane umożliwiające kontakt)

Jednocześnie nie upoważniam nikogo/ upoważniam\* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielonych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

\_\_\_\_\_ (podpis pacjenta)