

PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres

Upoważniam

(imię, nazwisko, adres, telefon)

do **uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w trakcie leczenia i po mojej śmierci.**

Wyrażam sprzeciw wobec udostępniania dokumentacji medycznej po mojej śmierci następującym osobom:

podpis pacjenta

PRAWO DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres

Upoważniam / nie upoważniam nikogo

(imię, nazwisko, adres, telefon)

do **uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.**

podpis pacjenta