



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja PESEL
imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia, miejsce ur. Płeć: M K

Adres kontakt

1. Zostałam/ łem poinformowana/ny o stanie zdrowia* mojego / dziecka/
podopiecznego oraz dalszym procesie leczenia, pielęgnacji, diagnostyki, skutkach i
możliwych powikłaniach. Tak Nie

2. Wyrażam zgodę na opiekę pielęgniarską, położniczą, lekarską, wykonanie badań
diagnostyczno - leczniczych związanych z stanem zdrowia* mojego/ dziecka/
podopiecznego. Tak Nie

3. Wyrażam zgodę na obecność przy badaniu, pracowników medycznych innych niż
wykonujący badanie. Tak Nie

4. Zostałam/ em poinformowana/ny o prawach i obowiązkach pacjenta i regulaminie
porządkowym. Tak Nie

5. Do uzyskania informacji o stanie zdrowia* mojego/ dziecka/ podopiecznego
upoważniam Pana/ Panią
.....
imię, nazwisko, nr telefonu bądź adres zamieszkania

6. Do wydania dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, upoważniam
Panią/ Pana:
.....
imię, nazwisko, nr telefonu bądź adres zamieszkania

7. Oświadczam, że po przyjęciu do szpitala, przed wypisem do domu zobowiązuję się
dostarczyć aktualne potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku jego
braku, w ewidencji E - WUŚ. W sytuacji braku ubezpieczenia zostałem/ łem
pouczony/ na o skutkach nie wywiązania się z oświadczenia i obciążenia mnie kosztami
świadczenia medycznego. Tak Nie

Brodnica, dn. --

.....
pieczętka, podpis lekarza odbierającego oświadczenie

.....
podpis osoby małoletniej

.....
podpis pacjenta bądź prawnego lub faktycznego opiekuna