

Gorzowska Lecznica Specjalistyczna Sp. z o.o.
ul. Piłsudskiego 1B
66-400 Gorzów Wlkp.

UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Ja, (imię i nazwisko), (PESEL)
- nie upoważniam nikogo/upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie **do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:**

1).....
(imię i nazwisko, adres, pesel lub inne dane umożliwiające kontakt)

2).....

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

1).....

2).....

Jednocześnie nie upoważniam/upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie **do odbioru moich recept:**

1).....

2).....

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie lub 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.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)