

## ZGODA NA UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

### I. DANE PACJENTA (UPOWAŻNIAJĄCEGO)

Imię (imiona) i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): \_\_\_\_\_

### II. Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie *(niepotrzebne skreślić)*:

- 1) *wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dbających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach badań oraz rokowaniu;*
- 2) *następujących informacji dotyczących mojego stanu zdrowia/ rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania/ wynikach badań/ rokowaniu:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

następującym osobom:

Imię (imiona) i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): \_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_

Imię (imiona) i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): \_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_

Upoważnienie zostaje udzielone na okres \_\_\_\_\_ /bezterminowo  
*(niepotrzebne skreślić)*.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta