

Białystok, dnia

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisana/-y

Imię i nazwisko

Adres

PESEL

e-mail..... Telefon

Oświadczam:

1. Że **nie upoważniam nikogo / upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia / mojego dziecka* i udzielonych mi / mojemu dziecku* świadczeń zdrowotnych.

Panią / Pana

adresnr telefonu

2. Że **nie upoważniam nikogo / upoważniam** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby / mojego dziecka*, prowadzonej w Revita Lekarz Rodzinny Magdalena Bielonko.

Panią / Pana

adresnr telefonu

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Czytelny podpis pacjenta

4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą mailową oraz poprzez sieć telefonii komórkowej informacji związanych z udzielaniem świadczeń medycznych, informacji o aktualnych akcjach profilaktycznych oraz promocyjnych.*

.....
Czytelny podpis pacjenta

5. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości cofnięcia powyższych upoważnień.

.....
Czytelny podpis pacjenta