

**Wzór oświadczeń składanych zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz
sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)**

WZÓR

.....
miejsowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską¹
(*imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami*) do uzyskania informacji o moim
stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby
..... (adres, numer telefonu, e-mail itp.).

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim
stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską¹
(*imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami*) do uzyskania dokumentacji
medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim
stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące wykonania
badania/świadczenia zdrowotnego (*wskazać rodzaj badania/
świadczenia zdrowotnego**), a w szczególności informacje o jego celu, przebiegu, jak również
dających się przewidzieć następstwach jego wykonania albo zaniechania, a także o
alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych i ich skutkach i, że je zrozumiałem.
Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i
zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie **dobrowolnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na wykonaniu ww.
badania/świadczenia zdrowotnego.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Uwaga:

W przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny pacjenta można je uzupełnić o dodatkowe oświadczenie następującej treści:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym² małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej (*imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie, drukowanymi literami*).

.....
Czytelny podpis
*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

W przypadku, gdy badanie lub inne świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi w towarzystwie osoby trzeciej, oświadczenia mogą być uzupełnione o kolejne oświadczenie następującej treści:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badania/udzielanie świadczenia zdrowotnego* (*wskazać rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego**) w obecności osoby bliskiej (*imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami*) oraz zgadzam się na przekazywanie mi w obecności tej osoby informacji objętych tajemnicą lekarską.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

¹ pojęcie **osoby bliskiej** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

² pojęcie **opiekuna faktycznego** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

* *niepotrzebne skreślić*

Pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) może wskazać dowolną osobę lub kilka osób, określając im ten sam albo innych zakres upoważnienia. W przypadku wskazania dwóch lub więcej osób oświadczenie składa się oddzielnie dla każdej z nich.

Oświadczenia zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej danego pacjenta.