

Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE PACJENTA KARTA PRAW PACJENTA I REGULAMIN PORZĄDKOWY

Zostałem(am) poinformowany(a) o przysługujących mi prawach i możliwości zapoznania się w oddziale z Kartą Praw Pacjenta oraz Regulaminem Porządkowym Szpitala.

Data: .....

Podpis: ✓

Stan pacjenta nie pozwala na odebranie podpisu. Data: ..... Podpis: .....

### OSOBA DO KONTAKTU W SYTUACJI POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na powiadomienie osoby podanej poniżej w sytuacji pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

(imię i nazwisko, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

\* niepotrzebne skreślić

Data: .....

Podpis: ✓

Stan pacjenta nie pozwala na odebranie podpisu. Data: ..... Podpis: .....

### UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

W związku z pobytem w szpitalu, do informacji o stanie mojego zdrowia, udzielanych świadczeniach medycznych upoważniam / nie upoważniam nikogo\*

\* niepotrzebne skreślić

1. ....  
(imię i nazwisko, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

2. ....  
(imię i nazwisko, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

Data: .....

Podpis: ✓

Stan pacjenta nie pozwala na odebranie podpisu. Data: ..... Podpis: .....

### UPOWAŻNIENIE DO WGLĄDU I UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam / nie upoważniam\* .....  
(imię i nazwisko, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

\* niepotrzebne skreślić

Data: .....

Podpis: ✓

Stan pacjenta nie pozwala na odebranie podpisu. Data: ..... Podpis: .....