

Załącznik Nr .....do historii zdrowia i choroby

Nazwisko ..... Imię (imiona)..... Płeć K  M

Data Urodzenia ..... Adres .....

Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Seria i nr dowodu osobistego ..... NIP .....

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w dziale II, rozdziale 5 oraz dziale III ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w:

Nazwa placówki : .....

Adres: .....

.....  
*Data i podpis pacjenta*

2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci, jest:

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym .....

Nr telefonu .....

.....  
*Data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci.

.....  
*Data i podpis pacjenta*

3. Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym .....

Nr telefonu .....

.....  
*Data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych .....

.....  
*Data i podpis pacjenta*

Załącznik nr 2

Oświadczam, że w dniu..... zostałem/am w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/a o istniejących szczepieniach obowiązkowych i zalecanych oraz o ewentualnych powikłaniach i odczynach poszczepiennych, jak również o możliwych konsekwencjach zdrowotnych nie poddania się powyższym szczepieniom

.....  
Data i podpis pacjenta

Załącznik nr 3

Informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach.....
- 2) chorobach przewlekłych.....
- 3) pobytach w szpitalu.....
- 4) zabiegach lub operacjach.....
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach.....
- 6) uczuleniach.....
- 7) obciążeniach dziedzicznych.....

.....  
Data i podpis pacjenta