

**Regionalny Szpital Specjalistyczny
im Dr Wł. Biegańskiego
Podstawowa Opieka Zdrowotna
ul. Szpitalna 6/8, 86-300 Grudziądz**

Imię, Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę na wykonywanie badań diagnostycznych związanych z moim stanem zdrowia i procesem terapeutycznym.

.....
data i podpis osoby
odbierającej oświadczenie

.....
data i podpis osoby małoletniej
(od 16 roku życia)

.....
data i podpis pacjenta/ prawnego
lub faktycznego opiekuna

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia

.....
komu – imię, nazwisko/ pokrewieństwo

.....
data i podpis osoby
odbierającej oświadczenie

.....
data i podpis osoby małoletniej
(od 16 roku życia)

.....
data i podpis pacjenta/ prawnego
lub faktycznego opiekuna

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej na wypadek mojej śmierci

.....
komu – imię, nazwisko/ pokrewieństwo

.....
data i podpis osoby
odbierającej oświadczenie

.....
data i podpis osoby małoletniej
(od 16 roku życia)

.....
data i podpis pacjenta/ prawnego
lub faktycznego opiekuna