



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
Poradnie Specjalistyczne
e-mail: szpital@zozsanok.pl
www.zozsanok.pl

FORMULARZ ZGODY PACJENTA

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

nr tel.:

ZGODA OGÓLNA NA LECZENIE

Oświadczanie: w imieniu własnym lub jako ustawowy* / faktyczny opiekun* wyrażam zgodę na leczenie w Poradni Specjalistycznej w Sanoku. Wyrażam zgodę (zezwoleń sędzi rodinnego*) na przeprowadzenie badania lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Stwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawach pacjenta, a między innymi do:

1. Informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Dostępie do dokumentacji medycznej.
3. Wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu niezbędnych informacji.

.....
data

.....
podpis pacjenta(ki)/przedstawiciela ustawowego/faktycznego

ZGODA NA UDZIELENIE INFORMACJI

Upoważniam

Pana(a).....

nr tel.

Adres.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
data

.....
imię, nazwisko pacjenta

Nie udzielam upoważnienia do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

.....
data

.....
imię, nazwisko pacjenta

UZYSKIWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Pana(a).....
do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....
data

.....
imię, nazwisko pacjenta

Nie udzielam upoważnienia do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....
data

.....
imię, nazwisko pacjenta

ZGODA NA PROPONOWANE LECZENIE LUB PRZEPROWADZONE ZABIEGI

Treść
(szczegółowo określić rodzaj zabiegu leczniczego lub diagnostycznego inwazyjnego)

Data i podpis
pacjenta/opiekuna

Podpis i pieczęć
lekarza

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

.....
Stwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza o charakterze i celu zabiegu, przewidywanych następstwach i ryzyku oraz możliwości innego postępowania medycznego.

ODMAWIAM ZGODY NA:

.....
Stwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza o możliwych następstwach i ryzyku odstąpienia od proponowanego leczenia oraz możliwości ewentualnego zastosowania innego postępowania medycznego.

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

.....
Stwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza o charakterze i celu zabiegu, przewidywanych następstwach i ryzyku oraz możliwości innego postępowania medycznego.

ODMAWIAM ZGODY NA:

.....
Stwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza o możliwych następstwach i ryzyku odstąpienia od proponowanego leczenia oraz możliwości ewentualnego zastosowania innego postępowania medycznego.