



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
tel. 56 49 869 90
REGON 000302327 NIP 8741484403

pieczęć jednostki

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja PESEL
imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia, miejsce ur. Płeć M ☐ K ☐

Adres kontakt

1. Zostałem / łam poinformowany / na o stanie zdrowia* mojego / dziecka /
podopiecznego oraz dalszym procesie leczenia, pielęgnacji, diagnostyki, skutkach i
możliwych powikłaniach. Tak ☐ Nie ☐

2. Wyrażam zgodę na opiekę pielęgniarską, położniczą, lekarską, wykonanie badań
diagnostyczno-leczniczych związanych ze stanem zdrowia* mojego / dziecka /
podopiecznego. Tak ☐ Nie ☐

3. Wyrażam zgodę na obecność przy badaniu, pracowników medycznych innych niż
wykonujący badanie. Tak ☐ Nie ☐

4. Zapoznałem / łam się z prawami i obowiązkami pacjenta. Tak ☐ Nie ☐

5. Do uzyskania informacji o stanie zdrowia* mojego / dziecka / podopiecznego
upoważniam Pana / Panią
.....
imię, nazwisko, nr telefonu bądź adres zamieszkania

6. Do wydania dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, upoważniam
Pana / Panią
.....
imię, nazwisko, nr telefonu bądź adres zamieszkania

7. Zobowiązuję się dostarczyć aktualne potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego w
przypadku jego braku, w ewidencji elektronicznej systemu E-WUŚ. Zostałem / łam
pouczony / na o skutkach nie wywiązania się z oświadczenia i obciążenia mnie kosztami
świadczenia medycznego. Tak ☐ Nie ☐

Brodnica, dn. - -

.....
pieczęć, podpis lekarza odbierającego oświadczenie

.....
podpis osoby małoletniej

.....
podpis pacjenta bądź prawnego lub faktycznego opiekuna

* zaznacz właściwą odpowiedź