

**OŚWIADCZENIE**  
**PACJENTA LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO**

.....  
nazwisko i imię

.....  
PESEL

.....  
tel. kontaktowy

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na badania diagnostyczne i leczenie. Stwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o moim prawie do informacji o moim stanie zdrowia oraz wyrażania zgody lub jej odmowy na określone świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na pełny dostęp do mojej dokumentacji medycznej każdego pracownika naukowego, - doktoranta, studenta uczelni wyższej, instytutu badawczego lub Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w zakresie niezbędnym do realizacji celów badawczych, naukowych i edukacyjnych.

**Oświadczam o upoważnieniu / że nie upoważniam\*** osoby bliskiej do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia / stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Nazwisko i imię osoby upoważnionej\*\* .....

Adres (z kodem pocztowym), telefon osoby upoważnionej

.....  
**Oświadczam o upoważnieniu / że nie upoważniam\*** osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji medycznej

Nazwisko i imię osoby upoważnionej\*\* .....

Adres (z kodem pocztowym), telefon osoby upoważnionej

**OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁAM/-EM POU CZONA/-Y I PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

Obiekt szpitala jest monitorowany, a zapisy monitoringu są zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych.

Dokumentacja będzie udostępniana wyłącznie po uzyskaniu pisemnego oświadczenia pracownika naukowego / doktoranta / studenta uczelni wyższej, instytutu badawczego lub Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego o zachowaniu w poufności wszelkich danych dotyczących pacjenta oraz zobowiązaniu, że pozyskane dane będą wykorzystane wyłącznie na potrzeby prac naukowych, badawczych, edukacyjnych. Pracownik naukowy / doktorant / student będzie pouczony o odpowiedzialności karnej za naruszenie ww. obowiązków.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Zostałam poinformowana o dniach i godzinach rejestracji do poradni specjalistycznych, zakresach świadczeń udzielanych w USK, a także o dokumentach jakie pacjent winien posiadać przy sobie w dniu wizyty u lekarza.

Zostałam poinformowana, że Szpital jest jednostką uprawnioną do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego, w rozumieniu art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą uczestniczyć bądź być obecne ww. osoby w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych.

Znane mi są zasady udostępniania dokumentacji medycznej.

.....  
data, podpis pacjenta

.....  
data, podpis przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego pacjenta

\* właściwie podkreślić

\*\* uzupełnić tylko w przypadku upoważnienia osoby bliskiej