

**WYCOFANIE ZGODY NA UDOSTĘPNIENIE
INFORMACJI**

NAZWISKO PACJENTA	IMIĘ	INICJAŁ.
NR SPRAWY		
PLACÓWKA	JEDNOSTKA	

INSTRUKCJE:

KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZEKAZAĆ PACJENTOWI
Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta.

UJAWNIE NIE ZA ZGODĄ PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO LUB STANOWISKO OSOBY LUB NAZWA ORGANIZACJI, KTÓREJ ZOSTAŁY UJAWNIONE DANE	
DO:	
IMIĘ I NAZWISKO LUB STANOWISKO OSOBY, LUB NAZWA ORGANIZACJI UJAWNIAJĄCEJ DANE	
OD:	
DATA ORYGINALNEGO UPOWAŻNIENIA	

Ja, niżej podpisany(-a), niniejszym wycofuję udzieloną przeze mnie zgodę na ujawnienie informacji ww. osobie/organizacji, przy czym wycofanie to nie dotyczy czynności już przeprowadzonych na podstawie tego dokumentu.

Rozumiem, że generalnie program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy zgodzę się podpisać niniejszy formularz, jednak w niektórych okolicznościach mogę otrzymać odmowę leczenia, jeżeli tego formularza zgody nie podpiszę/lub jeżeli wycofam udział uprzednio zgodę. Mam również świadomość konsekwencji wycofania mojej zgody na ujawnienie informacji jednostce prawnej, która wymaga takiej zgody jako warunku zwolnienia, nadzoru kuratorskiego lub zwolnienia warunkowego. Składając własnoręczny podpis poniżej potwierdzam otrzymanie kopii niniejszego formularza.

(Podpis pacjenta)

(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)

(Imię i nazwisko drukiem)

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukiem)

(Data)

(Data)