

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....  
Adres zamieszkania

....., data .....

Informacja o wydanym orzeczeniu  
ustanawiającym przedstawiciela  
ustawowego dla  
ubezważnionego: Sąd, data  
wydania orzeczenia i data  
prawomocności, sygnatura akt  
sądowych

## Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta całkowicie ubezważnionego

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego  
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

### Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

1. konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: TAK  NIE
  2. rehabilitację TAK  NIE  jednorazowo  na cały cykl zabiegów
  3. pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu TAK  NIE
  4. odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK  NIE
  5. wykonanie szczepienia\*TAK  NIE
- (\*wymaga wypełnienia wywiadu poniżej)

w ..... dniu

(data ..... usługi ..... medycznej) ..... dla:

..... (imię i nazwisko ubezważnionego

pacjenta, PESEL lub data urodzenia) w obecności opiekuna faktycznego:

..... (imię i

nazwisko, PESEL lub data urodzenia) nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego

**Oświadczam, że wyrażam zgodę także:**

6. na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta ubezwłasnowolnionego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zatwierdził: Dyrektor Departamentu  
Medycznego Obowiązuje  
od: 27.03.2025

**Do pkt. 5 - w przypadku zgody na wykonanie Szczepienia ochronnego proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:**

1. Czy pacjent w dniu podpisania oświadczenia jest chory?  
 TAK     NIE
2. Czy pacjent jest uczulony na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? (jakie?)  
 TAK  
.....  
 NIE
3. Czy u pacjenta wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu? (jaka?)  
 TAK  
.....  
 NIE
4. Czy pacjent choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?  
Czy pacjent jest leczony przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?  
 TAK                    (jakie                    to                    jest                    schorzenie,                    jakie                    leki                    przyjmuje?)  
.....  NIE
5. Czy pacjent w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?  
 TAK     NIE
6. Czy pacjent choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?  
 TAK     NIE
7. Czy u pacjenta lub u jego krewnych występowały drgawki? Czy u pacjenta występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?  
 TAK     NIE
8. Czy w ciągu minionego roku pacjent otrzymał krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?  
 TAK     NIE
9. Czy pacjent otrzymywał jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? (jaką?)  
 TAK  
.....  
.....  NIE
10. Czy pacjent -kobieta jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?  
 TAK     NIE

Data

poprzedniego

szczepienia

.....

Nazwa szczepionki ..... Dawka

.....

**Po świadomym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u ubezwłasnowolnionego  
szczepienia ochronnego w zakresie:**

..... W

poradni:

.....

..... (adres placówki)

.....

.....

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby  
składającej oświadczenie

.....

.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

Zatwierdził: Dyrektor Departamentu  
Medycznego Obowiązuje od:27.03.2025