



Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany

Imię

Nazwisko

Legitymujący się

Rodzaj dokumentu
tożsamości

Dowód osobisty

Paszport

Inny (podać jaki)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data ur.

PESEL

Dane dziecka**

Imię

Nazwisko

Data ur.

PESEL

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/stanie zdrowia mojego dziecka oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Nie upoważniam nikogo*

Upoważniam Panią/Pana*

Imię

Nazwisko

Data ur.

PESEL

Dokument
tożsamości

Dowód
osobisty

Paszport

Inny

(podać jaki)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Ulica

Numer
budynku

Numer
lokalu

Kod
pocztowy

Miejscowość

Kraj

Nr tel.
kom.

Nr tel.
stacj.

e-mail



Oświadczam, że do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań):

Nie upoważniam nikogo* Upoważniam Panią/Pana*

Imię

Nazwisko

Data ur. PESEL

Dokument tożsamości Dowód osobisty Paszport Inny (podać jaki)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Ulica Numer budynku Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Kraj

Nr tel. kom. Nr tel. stacj.

e-mail

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż wszelkie informacje o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach medycznych oraz dokumentacja medyczna udostępniane są pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu oraz osobom przez niego upoważnionym. Brak upoważnienia uniemożliwi powyższe czynności.

Data

Podpis upoważniającego (czytelny)

Data

Podpis przyjmującego upoważnienie (czytelny)

W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16 rok życia oświadczenie winno być podpisane zarówno przez pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego.

(*) Proszę zaznaczyć właściwe

(**) Proszę wypełnić jeżeli dotyczy.