

Oświadczenie/upoważnienie Pacjenta

Ja, niżej podpisana(y) PESEL:
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkała(y) w
(dokładny aktualny adres zamieszkania)

legitymująca(y) się: *(nazwa i numer dokumentu tożsamości)*

oświadczam, że *(*niepotrzebne skreślić)*:

1. **Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienione osoby*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... PESEL: nr telefonu:
(imię i nazwisko)

..... PESEL: nr telefonu:
(imię i nazwisko)

.....
data i czytelny podpis Pacjenta

2. **Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienione osoby*** do wglądu do mojej dokumentacji medycznej lub jej odebrania (w tym wyników badań i recept).

..... PESEL :
(imię i nazwisko)

..... PESEL :
(imię i nazwisko)

.....
data i czytelny podpis Pacjenta

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: