

Oświadczenie/upoważnienie Pacjenta

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

zamieszkała(y) w
(dokładny aktualny adres zamieszkania)

**w przypadku braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

oświadczam, że **(**niepotrzebne skreślić):**

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

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

..... numer 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).

..... numer PESEL :
(imię i nazwisko)

..... numer PESEL :
(imię i nazwisko)

.....
data i czytelny podpis Pacjenta

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: