

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że:

1. a) **upoważniam** Pana/Panią* _____
zamieszkałego/zamieszkałą* w _____
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR TEL

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu*

- b) **nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

(* - **niepotrzebne skreślić**);

data i podpis pacjenta

2. a) **upoważniam** Pana/Panią* _____
zamieszkałego/zamieszkałą* w _____
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR TEL

do pozyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*.

Upoważnienie to dotyczy /nie dotyczy* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

- b) **nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest*:

Pan/Pani* _____
zamieszkały/zamieszkałą* w _____
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

data i podpis pacjenta