

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU

----- dn -----r.

miejsowość

data

Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

PESEL:

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

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO INFORMACJI MEDYCZNEJ

- Nie upoważniam nikogo
- Upoważniam do Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/ udzielonych mi świadczeniach medycznych:

Imię i nazwisko, data urodzenia **osoby upoważnianej**

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Nie upoważniam nikogo
- Upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej
- Upoważniam do dostępu do dokumentacji WYŁĄCZNIE w zakresie odbioru recept/ skierowań/ zaświadczeń

Imię i nazwisko, data urodzenia **osoby upoważnianej**

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia/zmianie udzielonego Upoważnienia. Cofnięcie /zmiana Upoważnienia wymaga również formy pisemnej.

czytelny podpis osoby składającej upoważnienie