

.....
Imię i Nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

....., dniar.
Miejscowość Data

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

PESEL

.....
.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie pacjenta:

Upoważnienie dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej (w tym do odbioru recept)

oraz

upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach medycznych

Niniejszym oświadczam, iż zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam co następuje:

Nie upoważniam nikogo do udostępniania mojej dokumentacji medycznej

Osobą upoważnioną do udostępniania mojej dokumentacji jest/są:

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

.....
Telefon kontaktowy

.....
Telefon kontaktowy

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń medycznych

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń medycznych jest/są:

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

.....
Telefon kontaktowy

.....
Telefon kontaktowy

.....
Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie