

.....
pieczęć jednostki organizacyjnej

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres

.....

I.

Oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam nikogo*:

.....
(imię, nazwisko i adres osoby upoważnionej)

do uzyskania mojej/dziecka* dokumentacji medycznej, również w przypadku mojej/dziecka* śmierci.

II.

Oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam nikogo*:

.....
(imię, nazwisko i adres osoby upoważnionej)

do otrzymywania informacji o stanie mojego/dziecka* zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

III.

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych/dokumentacji medycznej upoważnionym władzom lub organom administracyjnym na ich prawnie uzasadnione żądanie.

Informujemy, że podmiot leczniczy jest zobowiązany do udostępniania danych osobowych/dokumentacji medycznej upoważnionym władzom lub organom administracyjnym na ich prawnie uzasadnione żądanie.

* - niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)