

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a zam. PESEL, na podstawie art. 9 i 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012. 159.j.t) oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

Upoważniam *

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania / numer telefonu)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

zarówno za życia jak i po mojej śmierci

wyłącznie po mojej śmierci

Nie upoważniam nikogo *

2. Do udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

Upoważniam *

.....

(imię i nazwisko)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

zarówno za życia jak i po mojej śmierci

wyłącznie po mojej śmierci

Nie upoważniam nikogo *

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

^{*)} właściwie zaznaczyć