

.....
Data i miejscowość

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO
UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:
PESEL/data urodzenia:

1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH
ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH PACJENTOWI

- Nie upoważniam nikogo
- Upoważniam:

Pana/Panią
Nr PESEL /data urodzenia
dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci

2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Nie upoważniam nikogo
- Upoważniam:

Pana/Panią
Nr PESEL /data urodzenia
dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail).....

Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta