Obomiki, dnia .....

.....

(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....

(data i miejsce urodzenia; PESEL)

.....

(adres zameldowania)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

☐ * Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

☐ * Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

1. .....

(imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

.....

(adres zamieszkania; Tel. kontaktowy Osoby upoważnionej)

2. .....

(imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

.....

(adres zamieszkania; Tel. Kontaktowy Osoby upoważnionej)

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....

(czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie)

* *właściwe zaznaczyć „X" ; dokonać prawidłowych wpisów*

93

.....

(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....

(data i miejsce urodzenia; PESEL)

.....

(adres zameldowania)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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 Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam co następuje:

1. **Nie upoważniam nikogo*/ Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:***

   .....

   (imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

   .....

   (adres zamieszkania; Telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

1. **Nie upoważniam nikogo*/ Osobą upoważnioną do wglądu do mojej dokumentacji medycznej, po mojej śmierci, stosownie do treści art.26 ust.2 ww. ustawy jest:***

   .....

   (imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

   .....

   (adres zamieszkania; Telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

3. **Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.**

.....

(czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie)