



Nazwisko i imięPESEL.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA**O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ORAZ ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ****1. DO UZYSKIWANIA INFORMACJI** o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.☐ **upoważniam:** Nazwisko i imię (imiona), adres, nr telefonu:

.....

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskiwania informacji** o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**2. DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** dotyczącej stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych☐ **upoważniam:** Nazwisko i imię (imiona), adres, nr telefonu:

.....

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.**3. DO ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ**☐ **upoważniam:** Nazwisko i imię (imiona), adres, nr telefonu:

.....

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do odbioru recept i zleceń.**4.** ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

.....

5. ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem numeru podanego w dokumentacji medycznej:

.....

.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

*oryginał odebrałem

data, czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/ przedstawiciela ustawowego