

52



Oborniki, 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)

* właściwie zaznaczyć „X” dokonać prawidłowych wpisów

.....
(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 udostępniania mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:*

.....
(imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania; Tel. kontaktowy Osoby upoważnionej)

2. 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; Tel. kontaktowy Osoby upoważnionej)

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

.....
(czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie)