

OŚWIADCZENIA PACJENTA

- o upoważnieniu osoby bliskiej lub o braku upoważnienia **do zasięgania informacji o stanie zdrowia**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL:

- 1) **upoważniam** imię i nazwisko:

.....

Dane do kontaktu upoważnionego/upoważnionych (telefon, adres)

.....
.....

- 2) **nie upoważniam** nikogo

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w przychodni Obwód Lecznictwa Katowice.

- o upoważnieniu osoby bliskiej lub o braku upoważnienia **do dostępu do dokumentacji medycznej**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL:

- 1) **upoważniam** imię i nazwisko:

.....

Dane do kontaktu upoważnionego/upoważnionych (telefon, adres)

.....
.....

- 2) **nie upoważniam** nikogo

do dostępu do dokumentacji medycznej sporządzonej/zgromadzonej w przychodni Obwód Lecznictwa Katowice. Upoważnienie obejmuje prawo wglądu, uzyskania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis Pacjenta

.....
data i czytelny podpis wprowadzającego ww. dane