

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

Miejscowość:		
Data:		
Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych złożone w formie ustnej w obecności personelu Jednostki podlega odnotowaniu przez personel Jednostki.		
Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Imię i nazwisko	Stanowisko

Dane identyfikujące Pacjenta: (A)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która wypełnia niniejszy formularz)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
Składający oświadczenie:	☐	☐

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- ☐ O BRAKU UPOWAŻNIENIA do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych.
- ☐ O UPOWAŻNIENIU do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych przez niżej wymienioną osobę:

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego