………………………………………………… **Oświadczenie-upoważnienie**

 Miejscowość, data **Pacjenta – przedstawiciela ustawowego\***

**PACJENT: PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:**

………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………

Nazwisko, imię Nazwisko, imię

………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………… PESEL PESEL telefon

………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………….. Adres Adres

………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………

Na podstawie par. 8 Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 21.XII. 2010r. (Dz. U. nr 252 poz 1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

**Upoważniam\***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Nazwisko, imię PESEL

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...... Adres telefon

1. Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych\*
2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej\*

Pacjenta o danych osobowych jak wyżej z zakładu opieki zdrowotnej:

**Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o. przy ul. Hożej w Augustowie**

1. Od dnia …………………….. do dnia ………………………… (do zgonu pacjenta)\*
2. Bezterminowo (także w przypadku zgonu pacjenta)
3. Wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta

…………………………………………………………. ………………………………………………………………………

 Podpis czytelny osoby Podpis czytelny pacjenta

 Przyjmującej oświadczenie przedstawiciela ustawowego

**Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej\***

…………………………………………………………. ………………………………………………………………………

 Podpis czytelny osoby Podpis czytelny pacjenta

 Przyjmującej oświadczenie przedstawiciela ustawowego

\*niepotrzebne skreślić