

Wzór oświadczenia/upoważnienia

Miejscowość _____

Data _____

Dane personalne

Pacjent

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod Pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon _____

Przedstawiciel ustawy

(jeśli dotyczy)

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod Pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon _____

Upoważniam

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL

Telefon _____

Upoważniam wyżej wymienioną osobę

(zaznacz odpowiednie pole)

Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych

Do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Upoważnienia udzielam na okres (zaznacz odpowiednie pole):

Od dnia _____ do dnia _____

Bezterminowo (także w przypadku śmierci pacjenta)

Wyłącznie w przypadku śmierci pacjenta

Udzielone **upoważnienie** dotyczy **Przychodni Rodzinnej w Augustowie przy ulicy Hożej.**

Podpis **pacjenta** lub **przedstawiciela ustawowego**

Podpis **osoby przyjmującej oświadczenie**

Brak upoważnienia Przychodni Rodzinnej

(zaznacz odpowiednie pole)

Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej

Nie wyrażam zgody do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych

Podpis **pacjenta** lub **przedstawiciela ustawowego**

Podpis **osoby przyjmującej oświadczenie**