

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

upoważniam (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):

.....

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczenie

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

upoważniam (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w M-GSPZOZ Osiek.

nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w M-GSPZOZ Osiek.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny*

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym¹ małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej *

.....

(imię i nazwisko oraz nr PESEL małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....

Czytelny podpis

.....

Nr PESEL

*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

** niepotrzebne skreślić*

¹ **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 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.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga