

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O UDZIELANIU INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA I DOSTĘPIE DO DOKUMENTACJI

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

2. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (jeśli wniosku nie składa pacjent)

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

3. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ **UPOWAŻNIAM** do dostępu do mojej dokumentacji medycznej następującą

osobę: Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

☐ **NIE UPOWAŻNIAM** nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

☐ Wyrażam sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.

4. UDZIELANIE INFORMACJI O ŚWIADCZENIACH I STANIE ZDROWIA (proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ **UPOWAŻNIAM** do uzyskiwania informacji o wykonanych mi świadczeniach oraz o moim stanie zdrowia następującą osobę:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

☐ **NIE UPOWAŻNIAM** nikogo.

☐ Wyrażam sprzeciw wobec udzielania moim bliskim informacji o wykonanych mi świadczeniach oraz informacji o stanie mojego zdrowia po mojej śmierci.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis Osoby składającej wniosek / Pacjenta

Wygenerowano w systemie elektronicznej dokumentacji medycznej finezja.pl