

**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	<table border="0"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Imię i nazwisko</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Stanowisko</td> </tr> </table>	Imię i nazwisko	Stanowisko
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:

- 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