

.....
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(nazwa PWDL).

nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w(nazwa PWDL).

.....
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