

**OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIENIU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ
UDZIELANIU INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA
PRZEZ NZOZ ARM-MED W BÓLKOWIE**

Ja, niżej podpisany/a

zam.

PESEL

na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 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.) oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

Upoważniam

1.

Imię i Nazwisko

pesel

2.

Imię i Nazwisko

pesel

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

- ☐ zarówno za życia jak i po mojej śmierci
- ☐ wyłącznie po mojej śmierci
- ☐ Nie upoważniam nikogo *

2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby -we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

1.

Imię i Nazwisko

Pesel

2.

Imię i Nazwisko

Pesel

upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

- ☐
- ☐ zarówno za życia jak i po mojej śmierci
- ☐ wyłącznie po mojej śmierci
- ☐ Nie upoważniam nikogo *

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

* właściwe zaznaczyć