

.....
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 dołączona w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny*

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

.....
(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Czytelny podpis

.....
Nr pesel

*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

** niepotrzebne skreślić*

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