

**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 Pacjenta	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Imię i nazwisko Stanowisko </div>

Dane identyfikujące Pacjenta: (A)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która wypełnia niniejszy formularz)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawy Pacjenta
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- O 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego