**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UDZIELANIU INFORMACJI**

**DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA**

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………………….

Numer PESEL lub data urodzenia: …………………………………………………………………...

**Dane osoby składającej wniosek** (jeżeli wniosku nie składa pacjent):

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek: ………………………………………………………...

Numer PESEL lub data urodzenia: …………………………………………………………………..

**Dostęp do dokumentacji medycznej**

☐ Upoważniam

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………..

Numer PESEL lub data urodzenia …………………………………………………………………….

☐ Nie upoważniam nikogo

☐ Wyrażam sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej

śmierci

**Udzielanie informacji o świadczeniach i stanie zdrowia**

☐ Upoważniam

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………...

Numer PESEL lub data urodzenia ………………………………………………………………………

☐ Nie upoważniam nikogo

☐ Wyrażam sprzeciw wobec udzielania moim bliskim informacji o wykonanych mi świadczeniach oraz informacji stanie mojego zdrowia po mojej śmierci

……………………………………………….

Data i podpis osoby składającej wniosek