……...…….
miejscowość i data

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana(-y)…..…… posiadająca(-y) numer PESEL …… identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …… numer …… wydanym przez ……., zamieszkały(-a): ……., **<u>niniejszym upoważniam</u>** Pana(-ią) …… zamieszkałego(-ą) …… ……, posiadająca(-y) numer PESEL …… identyfikującą (-y) się dowodem osobistym seria …… numer …… wydanym przez ……. **do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, uzyskiwania odpisów, wypisów oraz kopii** tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Strefa Zdrowia wpisanej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000301984, ul. Świetlicka 6a, 04-266 Warszawa, NIP: 9522089015, REGON: 147287418.

Zakres niniejszego upoważnienia obejmuje* (*proszę zaznaczyć właściwe*):

□ całość dokumentacji medycznej

□ wybrany fragment dokumentacji medycznej …… (*wskazać dokumentację – badanie – jakiego dotyczy upoważnienie*)

……
(data, czytelny podpis pacjenta)

Ja niżej podpisana(-y)…..…… posiadająca(-y) numer PESEL …… identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …… numer …… wydanym przez ……., zamieszkały(-a): ……., niniejszym **<u>nie upoważniam</u>** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

……
(data, czytelny podpis pacjenta)