……..…….
miejscowość i data

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Ja niżej podpisana(-y)…..…….. posiadająca(-y) numer PESEL ……. identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …….. numer ……. wydanym przez ……, zamieszkały(-a): …….., niniejszym oświadczam, że **upoważniam** Pana(-ią) ……..……. zamieszkałego(-ą) ……..…, posiadająca(-y) numer PESEL ……. identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …….. numer ……. wydanym przez ……. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Strefa Zdrowia wpisanej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000301984, ul. Świetlicka 6a, 04-266 Warszawa, NIP: 9522089015, REGON: 147287418.

……
(data, czytelny podpis pacjenta)

Ja niżej podpisana(-y)…..…….. posiadająca(-y) numer PESEL ……. identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …….. numer ……. wydanym przez ……, zamieszkały(-a): …….., niniejszym oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Strefa Zdrowia wpisanej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000301984, ul. Świetlicka 6a, 04-266 Warszawa, NIP: 9522089015, REGON: 147287418.

……
(data, czytelny podpis pacjenta)