



OŚWIADCZENIE PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta, numer PESEL:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- upoważniam** do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych*
- nie upoważniam** nikogo do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*
- upoważniam** do udostępniania mojej dokumentacji medycznej*
- nie upoważniam** nikogo do udostępniania mojej dokumentacji medycznej*
- upoważniam** do wglądu w moją dokumentację medyczną po mojej śmierci*
- nie upoważniam** nikogo do wglądu w moją dokumentację medyczną po mojej śmierci*

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres zamieszkania, telefon osoby upoważnionej:

- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z uprawnieniami wynikającymi z art.26 ust. 1 i 2 z dnia 6 listopada 2008 r. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z dokumentem "Klauzula informacyjna dla Pacjentów SZPZLO dotycząca ochrony danych osobowych" (RODO).

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta

*Należy zakreślić wybraną odpowiedź

Druk stanowi integralną część Historii Zdrowia i Choroby

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA ZLO

Oświadczam, że pacjent/ przedstawiciel ustawowy nie złożył w/w oświadczenia

.....
Data

.....
czytelny podpis pracownika