

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane opiekuna (w przypadku dzieci lub osoby dorosłej ubezwłasnowolnionej)

MATKA: (imię i nazwisko)

OJCIEC: (imię i nazwisko)

OPIEKUN PRAWNY (jeżeli ustanowiono): (imię i nazwisko)

UPOWAŻNIAM

UWAGA: wskazać wyłącznie osoby inne niż rodzice lub opiekunowie prawni
(rodzice pozbawieni władzy rodzicielskiej nie mają prawa wydawania upoważnienia)
Rodzic/ opiekun prawny pacjenta może wskazać dowolną pełnoletnią osobę lub kilka osób, określając im ten sam lub inny zakres upoważnienia.

Oświadczam, że **UPOWAŻNIAM OSOBY INNE** (wpisać czytelnie, drukowanymi literami)
imię i nazwisko telefon

data urodzenia do:

- uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjenta
 uzyskania wglądu/ odbioru kopii dokumentacji medycznej pacjenta
 odbioru wyników badań

- upoważnienie ważne bezterminowo, do odwołania
 na czas udzielania świadczenia medycznego/ hospitalizacji

odpowiednie zaznaczyć

Oświadczam, że **UPOWAŻNIAM OSOBY INNE** (wpisać czytelnie, drukowanymi literami)
imię i nazwisko telefon

data urodzenia do:

- uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjenta
 uzyskania wglądu/ odbioru kopii dokumentacji medycznej pacjenta
 odbioru wyników badań

- upoważnienie ważne bezterminowo, do odwołania
 na czas udzielania świadczenia medycznego/ hospitalizacji

odpowiednie zaznaczyć

Data złożenia oświadczenia

Czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica lub opiekuna prawnego

Opiekun prawny/ pacjent pełnoletni jest zobowiązany do zgłoszenia zmian dotyczących odwołania, zmiany danych osobowych i kontaktowych oraz zakresu upoważnienia.

Pieczętka/ podpis personelu przyjmującego oświadczenie