Imię i nazwisko pacjenta:..... **Data urodzenia pacjenta:**.....

Oświadczenie Pacjenta

Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia: .....

Adres: ..... nr telefonu: .....

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

---

Upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia: .....

Adres: ..... nr telefonu: .....….

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Oświadczam, że adres e-mail: ..... może być wykorzystywany w przypadku udostępniania mojej dokumentacji medycznej, jestem świadomy ryzyka związanego z przesyłaniem danych drogą elektroniczną, w szczególności możliwością ich przechwycenia lub nieuprawnionego dostępu.

…….....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego