PLAZAMED Sp. z o.o.
ul. Zagnańska 94/7,25-558 Kielce
NIP: 9592040729 **REGON:** 388168078
KRS: 0000899722

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważnienie do uzyskiwania informacji oraz dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a .....
zamieszkały/a .....
PESEL .....

na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oświadczam, że:

1. Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Zakres upoważnienia:
☐ zarówno za życia, jak i po mojej śmierci
☐ wyłącznie po mojej śmierci
☐ nie upoważniam nikogo

2. Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach):

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Zakres upoważnienia:
☐ zarówno za życia, jak i po mojej śmierci
☐ wyłącznie po mojej śmierci
☐ nie upoważniam nikogo

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego)

*) właściwe zaznaczyć