…………………………………………………………………….. …..…..….………………………………… oznaczenie podmiotu leczniczego data

**Oświadczenie Pacjenta**

Ja, ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 imię i nazwisko

 PESEL …………………………………………………………………………………………………………

nie upoważniam nikogo / upoważniam \* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania **informacji** o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….. imię i nazwisko, adres, telefon
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….. imię i nazwisko, adres, telefon

nie upoważniam nikogo / upoważniam \* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania **dokumentacji** o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych (również w razie mojej śmierci)

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..… imię i nazwisko, adres, telefon
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… imię i nazwisko, adres, telefon

Jednocześnie wyrażam zgodę na **realizację świadczeń zdrowotnych** realizowanych przez podmiot.

Jednocześnie wyrażam zgodę na **przetwarzanie moich danych osobowych** w stopniu niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej.

 …………………………………………………………………………………………………………………………. czytelny podpis pacjenta