



Centrum Medyczne „ZDROWIE PLUS” A. Rezner spółka komandytowa
Ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
NIP: 657-277-61-82, REGON: 260214923
KRS 0001108219
część I KR: 000000022037
zakład leczniczy: CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a zam. 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 (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

Upoważniam *

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

2.

- ☐ Zarówno za życia jak i po mojej śmierci
☐ Wyłącznie po mojej śmierci
☐ Nie upoważniam nikogo *

3. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

Upoważniam *

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

- ☐ Zarówno za życia jak i po mojej śmierci
☐ Wyłącznie po mojej śmierci
☐ Nie upoważniam nikogo *

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

*) właściwe zaznaczyć