...............................................

Data i miejscowość

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta:............................................................................................................

nr PESEL/data urodzenia: ........................................................................................................................ \*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba ubezwłasnowolniona/małoletnia):

Imiona i nazwisko: ……………………………………….……..……………………………………………………………………....

nr PESEL/data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………..

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH PACJENTOWI**

□ Nie upoważniam nikogo □ Upoważniam:

Pana /Panią .........................................................................................................

Nr PESEL /data urodzenia ................................................................................................

dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail) ………………………………………………………..……………………………..………………

**2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

□ Nie upoważniam nikogo □ Upoważniam:

Pana /Panią .....................................................................................................................

Nr PESEL /data urodzenia ................................................................................

dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail) ………………………………………………………..……………………………..………………

…………………………………………….

Data i podpis osoby składającej wniosek

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjent

GAYA Diagnoza i Terapia

NIP:826-127-9318 TEL. 503751824