

WOŁOMIN .....

data

.....  
nazwisko i imię pacjenta składającego oświadczenie

.....  
PESEL

.....  
SERIA I NUMER DOWODU

.....  
adres zamieszkania

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz 417 z późn. zm.) i oświadczam, co następuje :

1. Osobą upoważnioną do / nie upoważniam nikogo \* :

- odbioru dokumentacji medycznej
- uzyskiwaniu informacji o stanie zdrowia
- odbioru recepty

jest :

.....  
nazwisko i imię osoby upoważnionej

.....  
PESEL

.....  
SERIA I NUMER DOWODU

.....  
adres osoby upoważnionej

Ponadto oświadczam iż zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niewłaściwe skreślić