**Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji
o stanie zdrowia/ do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany/na....................................................................................................

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

* Upoważniam niniejszym Pana/Panią .........................................................................

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

 Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną :

 Telefon .........................................................................................................................

 Adres: ...........................................................................................................................

* Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Przychodni dla Rodziny „Galus” s.c. w Kielcach, ul. Górna 19A.
* Do uzyskiwania dokumentacji medycznej sporządzonej w Przychodni dla Rodziny „Galus” s.c.
w Kielcach, ul. Górna 19A.

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także do wglądu do dokumentacji medycznej

*…………………………………………………… …………………………………………*

 *Miejscowość, data Miejscowość, data
 i czytelny podpis upoważniającego i czytelny podpis
 przyjmującego oświadczenie*

**Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji
o stanie zdrowia/ do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany/na....................................................................................................

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

* Upoważniam niniejszym Pana/Panią .........................................................................

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

 Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną :

 Telefon .........................................................................................................................

 Adres: ...........................................................................................................................

* Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Przychodni dla Rodziny „Galus” s.c. w Kielcach, ul. Górna 19A.
* Do uzyskiwania dokumentacji medycznej sporządzonej w Przychodni dla Rodziny „Galus” s.c.
w Kielcach, ul. Górna 19A.

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także do wglądu do dokumentacji medycznej

*…………………………………………………… …………………………………………*

 *Miejscowość, data Miejscowość, data
 i czytelny podpis upoważniającego i czytelny podpis
 przyjmującego oświadczenie*