

OŚWIADCZENIE PACJENTA**Standard: DM1**
Procedura: POZ_F 1 01.7.2025**Wydanie I,**
data obowiązywania: 01.07.2025**Sporządził: M. Piórek****Zatwierdził: M. Dobrowolska****Strona 1/2****OŚWIADCZENIE PACJENTA****IMIĘ** (imiona).....**NAZWISKO****P E S E L**

1. Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

1.1 imię i nazwisko

dane do kontaktu

1.2 imię i nazwisko

dane do kontaktu

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Katowice, dnia

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

1. Upoważniam do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej. Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania wyciągów, odpisów, lub kopii dokumentacji medycznej:

1.1 imię i nazwisko

dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne):

1.2 imię i nazwisko

dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne):

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej.

- Zostałem(łam) poinformowany(a) Nie zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwości

zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.

Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu do udzielania po jego śmierci informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz udostępnianiu jego dokumentacji

OŚWIADCZENIE PACJENTA**Standard: DM1****Procedura: POZ_F 1 01.7.2025****Wydanie I,
data obowiązywania: 01.07.2025****Sporządził: M. Piórek****Zatwierdził: M. Dobrowolska****Strona 2/2**

medycznej.

Uwaga!!!!

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie informacyjnej praktyki oraz na tablicach ogłoszeń

Katowice, dnia

.....

podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego