

Komprachcice, dnia.....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....

(imię, nazwisko)

.....

(adres zamieszkania, nr PESEL)

Niniejszym oświadczam, że wystawione na mnie recepty, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być odebrane przez osoby trzecie.

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a ..... PESEL.....

1. Upoważniam/nie upoważniam osobę bliską.....

zamieszkałą ..... tel. ....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....

(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

2. Upoważniam / nie upoważniam osobę bliską.....

zamieszkałą ..... tel. ....

do uzyskania dokumentacji medycznej udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

.....

(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 06 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....

(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)