

Imię: _____ Nazwisko: _____ Pesel:

Dotyczy (zaznaczyć jedną pozycję, oświadczenie składane odrębnie dla każdej poradni):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poradnia Chirurgii Onkologicznej | <input type="checkbox"/> Poradnia Onkologii – Gabinet Chemioterapii | <input type="checkbox"/> Poradnia Onkologii – Gabinet Radioterapii |
| <input type="checkbox"/> Poradnia Dermatologii | <input type="checkbox"/> Poradnia Ginekologii/Poradnia Onkologii – Gabinet Ginekologii Onkologicznej | <input type="checkbox"/> Poradnia Onkologii Gabinet Profilaktyki Chorób Piersi i Diagnostyki Onkologicznej |

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

- Upoważniam * / Nie upoważniam nikogo *

Imię: _____ Nazwisko: _____ Data urodzenia:

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

- zarówno za życia jak i po mojej śmierci wyłącznie po mojej śmierci

2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

- Upoważniam * / Nie upoważniam nikogo *

- Osobę wskazaną w punkcie 1
 Osobę wskazaną poniżej:

Imię: _____ Nazwisko: _____ Data urodzenia:

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*:

- zarówno za życia jak i po mojej śmierci wyłącznie po mojej śmierci

_____ _____
(miejscowość) (data) (podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

*) właściwie zaznaczyć