Imię: _____ **Nazwisko:** _____ **Pesel:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tel: .....

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

☐ Poradnia Chirurgii Onkologicznej
☐ Poradnia Onkologii – Gabinet Chemioterapii
☐ Poradnia Onkologii – Gabinet Radioterapii
☐ Poradnia Dermatologii
☐ Poradnia Ginekologii/Poradnia Onkologii – Gabinet Ginekologii Onkologicznej
☐ 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**

tel. .....

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)

*) właściwe zaznaczyć