



Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Klasztorna 6, 28-400 Pińczów

NIP: 662 14 55 148 REGON: 290403871 KRS: 0000009330
Tel: Sekretariat: 41 357 24 94 e-mail sekretariat@szozpinczow.pl www.szozpinczow.pl

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA
DOKUMENTACJI /INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH
ZDROWOTNYCH**

Ja niżej podpisany/a

....., PESEL

Imię i nazwisko pacjenta

zam., tel.

(dane kontaktowe)

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069) **nie upoważniam żadnej osoby bliskiej lub trzeciej do:**

- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej**
- informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**
- odbioru recept**

* należy zaznaczyć właściwe 1 i/lub 2

Imię i nazwisko pacjenta

Imię i nazwisko opiekuna prawnego (w przypadku osób poniżej 18 roku życia)

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego
składającego oświadczenie

Pińczów dnia.....

.....
Czytelny podpis pracownika przyjmującego
oświadczenie