|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo | Przychodnia przy ulicy Łowieckiej we Wrocławiu | Data wydania 30.07.2013 |
| F-013 |
| **OŚWIADCZENIE**  Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora Medycznego nr 15 | Nr wydania 2 |

**Miejscowość,** data ……………………………………………….

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku z późn. zmianami § 8 (Dz. U. z 2010 r Nr 252, poz. 1697 z późn. zmianami) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

………………………………………… ………………………………………… ………………………………………………………………………

*imię i nazwisko pacjenta nr PESEL pacjenta imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta*

**I. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:**

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udostępniania informacji o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w **Przychodni przy ulicy Łowieckiej we Wrocławiu** następującym osobom:

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

**II. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:**

do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w **Przychodni przy ulicy Łowieckiej we Wrocławiu** następującym osobom:

* osobom wymienionym w punkcie I

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

**III. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:**do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w **Przychodni przy ulicy Łowieckiej we Wrocławiu** po mojej śmierci następującym osobom:

* osobom wymienionym w punkcie I

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

- ……………………………………………………………… …………………… ………………………………… ……………………………………….

*imię i nazwisko osoby upoważnionej nr PESEL adres zamieszkania nr telefonu*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu realizacji jego funkcji. Dane osobowe są chronione zgodnie z Ustawą dnia 29 sierpnia 1997 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm).

*\* niepotrzebne skreślić* …………………………………………………………………….

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta\*