

Poznań, dnia .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres Pacjenta: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ** na udzielenie mi w POSUM świadczeń opieki zdrowotnej

Ja niżej podpisany/a zostałem/am zapoznany/a z uprawnieniami wynikającymi z Art.26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 poz. 1318) i oświadczam co następuje:

**UPOWAŻNIAM** do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Adres: ..... Telefon: .....

Nie upoważniam nikogo.

**UPOWAŻNIAM** do uzyskania dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Adres: ..... Telefon: .....

Nie upoważniam nikogo.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

- złożone oświadczenie będzie wiążące również w przypadku mojej śmierci,
- w każdej chwili mogę zmienić treść złożonego oświadczenia.

Oznaczenie osoby odbierającej  
oświadczenie Pacjenta

data, podpis

Podpis Pacjenta, także małoletniego, który ukończył  
16 lat i/ lub przedstawiciela ustawowego