**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY TRZECIEJ**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NR PESEL 

Adres……………………………………………………………………………………………………………………tel……………………………………………………..

**UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY:**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NR PESEL 

Adres…………………………………………………………………………………………………………………….tel……………………………………………………..

**Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

**Do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby**

**Do uzyskania recept dotyczących mojej osoby**

2.Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NR PESEL 

Adres……………………………………………………………………………………………………………………..tel…………………………………………………….

**Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

**Do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby**

**Do uzyskania recept dotyczących mojej osoby**

**NIE UPOWAŻNIAM**

Żadnych osób do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

W przypadku upoważnienia osoby trzeciej, pacjent deklaruje, że powiadomił osobę upoważnioną o udostępnieniu danych osobowych i że osoba upoważniona wyraziła zgodę na przekazanie tych danych klinice. Dane osobowe, zostaną przechowywane i przetwarzane wyłącznie w celu wykonania czynności ściśle związanych z upoważnieniem.

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

Data złożenia oświadczenia Podpis pracownika Kliniki Optimum Czytelny podpis pacjenta