

SZPITAL CHOROÓB PŁUC IM. ŚW. JÓZEFA
44-145 PILCHOWICE, DWORCOWA 31
REGON: 276215293, NIP: 969-11-62-275
TEL. 32 33-19-910

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

upoważniam (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

* Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym¹ małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej *

.....
(Imię i Nazwisko oraz nr Pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Czytelny podpis

.....
Nr Pesel

.....
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

* **niepotrzebne skreślić**

¹ **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga