**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

⁯

Ja (imię i nazwisko) ...................................................................................... rodzic\*/opiekun\*/kurator
PESEL ................................................ **upoważniam** osobę bliską:

* (imię i nazwisko) ................................................................. PESEL ....................................

 zam. .........................................................................................tel. .....................................

* (imię i nazwisko) ................................................................. PESEL ....................................

 zam. .........................................................................................tel. .....................................

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjentowi (imię
i nazwisko) ............................................................................................. PESEL .............................................

*\* niepotrzebne skreślić*

 ........................................................

 *(data i czytelny podpis*

 *składającego oświadczenie)*

*⁯*

* Ja (imię i nazwisko) ............................................................................... rodzic\*/opiekun\*/kurator PESEL ............................................... **nie upoważniam** żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjentowi (imię i nazwisko) ....................................
……………………………………………………………………………… PESEL .........................................

*\*niepotrzebne skreślić*

 ........................................................

 *(data i czytelny podpis*

 *składającego oświadczenie)*

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej⁯**

Ja (imię i nazwisko) ........................................................................................ rodzic\*/opiekun\*/kurator
PESEL ..................................................... **upoważniam** osobę bliską:

* (imię i nazwisko) ......................................................................... PESEL ....................................

 zam. ..................................................................................................tel. .....................................

* (imię i nazwisko) ........................................................................ PESEL ....................................

 zam. ..................................................................................................tel. .....................................

do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta (imię i nazwisko) ................................................ ………………………………………………………………………PESEL ..............................................

*\* niepotrzebne skreślić*

 ........................................................

  *(data i czytelny podpis*

 *składającego oświadczenie)*

Ja (imię i nazwisko) ......................................................................rodzic\*/opiekun\*/kurator

PESEL ........................................... **nie upoważniam** żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta (imię i nazwisko) ............................................................ PESEL ……………………….

*\*niepotrzebne skreślić*

........................................................

  *(data i czytelny podpis*

 *składającego oświadczenie)*

***…………………………………………………………………***

*(Miejscowość, data i podpis przyjmującego oświadczenie)*