

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

DOTYCZĄCE UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ORAZ UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany / a

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

**UPOWAŻNIAM** Pana / Panią  **COFAM UPOWAŻNIENIE** Panu / Pani:

Imię i nazwisko, .....  
PESEL, Adres, telefon: .....

**DO:**

- uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych;
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

**NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO DO:**

- uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych;
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....  
*Data i podpis pacjenta*

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

DOTYCZĄCE ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Ja, niżej podpisany / a

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

**UPOWAŻNIAM** Pana / Panią  **COFAM UPOWAŻNIENIE** Panu / Pani:

Imię i nazwisko, .....  
PESEL, Adres, telefon: .....

**DO:**

- odbioru recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

**NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO DO:**

- odbioru recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

**ODBIÓR PRZEZ OSOBY TRZECIE:**

- Oświadczam, że wystawione na mnie recepty i zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być odebrane przez osoby trzecie.
- Oświadczam, że wystawione na mnie recepty i zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne nie mogą być odebrane przez osoby trzecie.
- Cofam upoważnienie na odbiór recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez osoby trzecie.

.....  
*Data i podpis pacjenta*