

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko Pacjenta:

nr PESEL / data urodzenia:

* w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent (osoba ubezwłasnowolniona / małoletnia):

Imiona i nazwisko:

Nr PESEL / data urodzenia:

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
UDZIELONYCH PACJENTOWI**

Nie upoważniam nikogo Upoważniam

Pana/Panią:

Nr PESEL/Data urodzenia:

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e – mail):

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez wszystkie placówki Klinika Nova:

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci.

2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie upoważniam nikogo Upoważniam

Pana/Panią:

Nr PESEL/Data urodzenia:

Upoważnienie dotyczy dokumentacji wytworzonej przez wszystkie placówki Klinika Nova:

Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.