

	<b>ZAŁĄCZNIK NR 1 - PROCEDURY PP1</b>		<b>NR - PP1/1 -2012</b>	
	<b>OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKANIA INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA</b>			<b>Strona 1/1</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		<b>DATA 01.09.2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>

### Dane Upoważniającego

.....

.....  
*(imię i nazwisko)*

.....  
*(miejscowość, data)*

.....

.....  
*(adres)*

.....

.....  
*(nazwa i nr dokumentu tożsamości)*

## O Ś W I A D C Z E N I E

Pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Upoważniam Panią / Pana \* .....

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej)*

legitymującą się / legitymującego się \* .....

.....  
*(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....  
*(nazwa Oddziału/Poradni)*

.....  
*(leczenie miało miejsce w okresie / leczenie w toku)*

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
*(podpis)*