



.....  
Data i miejscowość

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL/data urodzenia: .....

\*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie 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 Centrum CBT Sp. z o. o

placówkę Centrum CBT Sp. z o.o.:

.....  
(nazwa placówki/adres)

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 Centrum CBT Sp. z o. o

placówkę Centrum CBT Sp. z o.o.:

.....  
(nazwa placówki/adres)

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

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis osoby składającej wniosek

\* wypełnić jeśli dotyczy

*Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*

Centrum CBT Sp. z o.o.

NIP: 5262640772, tel. 507130919