



.....
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