

**OŚWIADCZENIE
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO**

DANE PACJENTA:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców):

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką, na mocy art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- nie upoważniam nikogo upoważniam poniżej wymienioną osobę
do [zaznaczyć odpowiednio]:
- dostępu do dokumentacji medycznej wytworzonej w NZOZ OPTIMED dotyczącej ww. pacjenta (w tym wystawionych recept)
 - udzielania tej osobie informacji o stanie zdrowia w/w pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko:

nr PESEL lub data urodzenia:

data oraz podpis upoważniającego

data oraz podpis przyjmującego oświadczenie