**OŚWIADCZENIA PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

**KORZYSTAJĄCEGO Z USŁUG NZOZ CENTRUM DOBREJ TERAPII**

**W KRAKOWIE**

## **Dane pacjenta:**

## Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………….

## PESEL……………………………………………………………………………………………...

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………........

PESEL………………………………………………………………………………………………………

## **Upoważniam / Nie upoważniam nikogo\***

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….. ( imię i nazwisko, dane kontaktowe, adres, telefon osoby upoważnionej)

## **do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do informowania w razie pogorszenia się stanu zdrowia lub w razie mojej śmierci.**

## **Upoważniam / Nie upoważniam nikogo\***

…………………………………………………………………………………………

**…………………………………………………………………………………………** ( imię i nazwisko, dane kontaktowe, adres, telefon osoby upoważnionej)

do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

***\*zakreślić właściwe***

*Zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania (rozdz.1 §8).*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą   
o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. z późniejszymi zmianami.*

## Podpis pacjenta Podpis przedstawiciela ustawowego

## 

## ………………………………… ………………………………………..

## Podpis osoby przyjmującej oświadczenie ……………………………………………..............