

Poznań, dnia.....

Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego pacjenta ¹⁾

Imię i nazwisko pacjenta ¹⁾

Nr PESEL (jeśli pacjent nie posiada nr PESEL nr dok. tożsamości)

Adres zamieszkania

Telefon.....

O upoważnieniu do uzyskiwania:	TAK*	NIE*	Imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane kontaktowe**
Informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych w Sowmed**			Imię i Nazwisko Nr tel Imię i Nazwisko Nr tel
Mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Sowmed**			Imię i Nazwisko Nr tel..... Imię i Nazwisko Nr tel.....
Zgoda na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej wytworzonej w Sowmed***			Adres e-mail:

* zaznaczyć wybór znakiem X
** można wskazać więcej niż jedną osobę
*** dobrowolny wybór
W przypadku braku złożenia oświadczenia przez pacjenta adnotację o tym umieszcza się w dokumentacji indywidualnej pacjenta (historia choroby / historia zdrowia i choroby)

¹⁾ § 8 ust.1 i 2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020, poz. 666)

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego pacjenta	
Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej ¹⁾ wymagane potwierdzenie poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np.: z sądu opiekuńczego	
..... Imię i nazwisko osoby małoletniej / ubezwłasnowolnionej	Pesel / Data urodzenia
Uwagi:	

.....
data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej