

## OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA

### MSPZOZ Kobyłka

.....  
miejsowość, data

.....  
imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
--------------------------	-------

w imieniu własnym

jako przedstawiciel ustawowy\*\* – **oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta** – rodzicem / opiekunem prawnym (niewłaściwe wykreślić)

<input type="checkbox"/>	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, stopień pokrewieństwa	PESEL
Adres zamieszkania	Nr telefonu

<input type="checkbox"/>	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, stopień pokrewieństwa	PESEL
Adres zamieszkania	Nr telefonu

**upoważniam** do uzyskiwania **INFORMACJI O STANIE ZDROWIA** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w MSPZOZ Kobyłka

**upoważniam na stałe** (do odwołania) do **DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** z MSPZOZ Kobyłka w pełny zakresie

**upoważniam do ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ** z MSPZOZ Kobyłka

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa	PESEL
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa	PESEL
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa	PESEL

**nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania **INFORMACJI O STANIE ZDROWIA** i udzielonych świadczeniach w MSPZOZ Kobyłka

**nie upoważniam** nikogo do **DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** z MSPZOZ Kobyłka

**nie upoważniam** nikogo do **ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ** z MSPZOZ Kobyłka

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

\* Numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\* W przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, należy wpisać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania jego przedstawiciela ustawowego

