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

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………….…………

Nr telefonu …………………………………………………………………………………………………………………………………………....

PESEL ………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

*Stosownie do treści § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:*

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA   
DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA**

Oświadczam, że **upoważniam Panią/Pana** .....................................................................................................................................…..…………..

nr Pesel lub data urodzenia…………………………………………………………………………………….…...…………..   
dane kontaktowe …………………………………………...……………………………………………………………………….   
do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w **Gminnej Przychodni Zdrowia w Legnickim Polu, przy ul. Klasztornej 20**.

Oświadczam, że **nie upoważniam nikogo** do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że nie składałam/em oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oświadczenie zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości złożenia oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

Data: ………………………………… Podpis pacjenta: ………………………………………..