

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Data .........................................

**Ja niżej podpisana/-y,**

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

Adres .....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.** □ upoważniam Panią/Pana .....................................................................................................

Adres ..............................................................................................................

Telefon .................................................

□ nie upoważniam nikogo

**do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.**

**2.** □ upoważniam Panią/Pana .....................................................................................................

Adres ..............................................................................................................

Telefon .................................................

□ nie upoważniam nikogo

**do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, prowadzonej w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK.**

Upoważnienie to: □ obejmuje / □ nie obejmuje wglądu do dokumentacji medycznej również   
**w przypadku mojej śmierci.**

**3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości cofnięcia powyższych upoważnienień.**

.......................................................

(czytelny podpis pacjenta)

**Oświadczam, że zapoznałam/-em się z „Regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego KRIOSONIK Sp. z o.o.” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów, jak również zasad porządkowych obowiązujących w jednostce Centrum Medycznego i Rehabilitacji KRIOSONIK, w której korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej.**

.........................................................

(czytelny podpis pacjenta)