****

OŚWIADCZENIE

pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, udzielnych mu świadczeniach zdrowotnych i/lub do uzyskiwania dokumentacji medycznej albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia przez **Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia w Lublinie Stacjonarna Opieka Paliatywna.**

\* zakreślić odpowiedni kwadrat

□\* - Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach

zdrowotnych i uzyskiwania dokumentacji medycznej.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej |  |
| Adres |  |
| Numer telefonu |  |

□ - Nie upoważniam żadnych osób do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych mi

świadczeniach zdrowotnych i uzyskiwania dokumentacji medycznej.

…...................................................

Data i podpis pacjenta

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

PESEL □□□□□□□□□□□

Adres pacjenta ................................................................................................................