

## 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: **LHD im. Małego Księcia w Lublinie Stacjonarna Opieka Paliatywna.**

\* - 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

\*zakreślić odpowiedni kwadrat

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel

Adres pacjenta.....

---