

**OŚWIADCZENIA PACJENTA****Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych \*

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest \*:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....

2. PESEL.....

3. TELEFON KONTAKTOWY .....

.....

(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej**

Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej \*

Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest \*:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....

2. PESEL.....

3. TELEFON KONTAKTOWY .....

.....

(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

\* Podanie danych jest dobrowolne. Administratorem danych jest Przychodnia Konstancin sp. z o.o. ul. Warszawska 22, 05-520 Konstancin-Jeziorna, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000694640; numer księgi w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 000000252564-W-14; REGON: 368286557000015; NIP: 521-379-40-73.