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

**Gminnym Ośrodku Zdrowia w Piotrowicach , 59-424 Męcinka , Piotrowice 113**

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: ……………………………………………………..………..