

**OŚWIADCZENIE PACJENTA  
O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA  
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ,  
ODBIORU RECEPT**

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Pesel/Data urodzenia ..... Telefon kontaktowy .....

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że

**Upoważniam niniejszym**

1) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia .....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

2) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia .....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

3) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia .....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

**Nie upoważniam nikogo**

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

**Odwołuję upoważnienie dla**

Wyżej wskazanych osób  dla osoby .....  
*Imię i Nazwisko osoby upoważnionej*

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, z dniem .....

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, z dniem .....

**Upoważniam do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne w poradni POZ**

Oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, a w przypadku recepty w postaci elektronicznej – wydruk, mogą być odebrane przez wskazane wyżej osoby

**Oświadczenia składane przez przedstawiciela ustawowego**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej \*\*

\*\* wymagane potwierdzenie poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np.: z sądu opiekuńczego

.....  
*Imię i Nazwisko osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej*

.....  
*Pesel/Data urodzenia*

Uwagi

.....  
*Data, czytelny podpis pracownika wypełniającego wniosek*

.....  
*data, podpis pacjenta*