# Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na ….....

nr PESEL: ….....

Adres zamieszkania: .....

☐ **Nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych za życia i po śmierci, do odbioru recept, zleceń oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej za życia i po śmierci

☐ **Upoważniam** niniejszym na czas nieokreślony:

Pana/Panią ….....

nr PESEL/data ur: ….....

Adres zamieszkania: ….....

Telefon: ….....

☐ **Upoważniam** / ☐ **Nie upoważniam**
Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach medycznych udzielonych w placówkach Starmed Sp. z o.o. za życia i po śmierci

☐ **Upoważniam** / ☐ **Nie upoważniam**
Do uzyskiwania dokumentacji medycznej sporządzonej w placówkach Starmed Sp. z o.o. za życia i po śmierci

☐ **Upoważniam** / ☐ **Nie upoważniam**

Do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych.

…….....
Miejscowość, data i czytelny podpis upoważniającego