Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

Nr telefonu……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..……………

*Stosownie do treści § 8 ust. 1 pkt 2 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 DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Oświadczam, że **upoważniam Panią/Pana** ..................................................................................................

nr pesel lub data urodzenia…………………………………………. dane kontaktowe…………………………………….……….

do uzyskania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w **Gminnym Ośrodku Zdrowia   
w Krotoszycach przy ul. ul. Kopernika 9/3 w Krotoszycach**.

. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że **nie upoważniam nikogo** do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

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: ……………………………………………………..………..