

# DENTOSTACJA

.....  
*miejsowość, data*

## Oświadczenie

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

**upoważniam** .....

.....

*(imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia, adres oraz numer telefonu)*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

**nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
*imię, nazwisko oraz czytelny podpis składającego oświadczenie*

-----

## Oświadczenie

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

**upoważniam** .....

*(imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia)*

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Dentostacja Michał

Tatarynowicz (numer rejestru PWDL 000000185601).

**nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Dentostacja Michał Tatarynowicz (numer rejestru PWDL 000000185601).

.....  
*imię, nazwisko oraz czytelny podpis składającego oświadczenie*

# DENTOSTACJA

**Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny**

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

.....  
*(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)*

.....  
*czytelny podpis i numer PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\**

\* niepotrzebne skreślić

\*\* **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga