

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:

.....
(nazwisko i imię)

pesel.....

adres.....

tel./e-mail.....

do:

1. uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
za życia i po śmierci TAK/NIE
2. uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań i recept),
za życia i po śmierci TAK/NIE

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)