

.....
miejscowość, data

Oświadczenie – upoważnienie

pacjenta – przedstawiciela ustawowego*

PACJENT:

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:

.....
nazwisko, imię

.....
nazwisko, imię

.....
PESEL

.....
PESEL

.....
telefon

.....
adres

.....
adres

Na podstawie par.8 Rozp. Ministra Zdrowia z dn.21.XII.2010 r.
(Dz.U. nr 252 poz. 1697) – w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

upoważniam*

.....
nazwisko, imię

.....
PESEL

.....
adres

.....
telefon

- 1) do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
 - 2) do uzyskania dokumentacji medycznej*
- pacjenta o danych osobowych jak wyżej z zakładu opieki zdrowotnej:

JÓZEF KOC, 11-520 RYN KONRADA WALLENRODA 10 PORADNIA POZ
(dane identyfikacyjne zakładu)

- *a) od dnia do dnia(do dnia zgonu pacjenta)*
b) bezterminowo (także w przypadku zgonu pacjenta)
c) wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta

Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej*

.....
czytelny podpis osoby
przyjmującej oświadczenie

.....
czytelny podpis pacjenta,
przedstawiciela ustawowego*

*niepotrzebne skreślić