

Oświadczenie

Ja, PESEL
oświadczam, iż upoważniam / nie upoważniam* do otrzymywania informacji
o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych oraz do
uzyskania dokumentacji medycznej.

.....
(nazwisko i imię osoby upoważnionej)

zamieszkały(a):
(adres zamieszkania)

telefon kontaktowy osoby upoważnionej:
(numer telefonu)

.....
(data i podpis pacjenta)

***właściwie podkreślić**

Dokument sporządzono na podstawie ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.