

OŚWIADCZENIE

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 r.poz.2069 z późn.zm.§ 8 ust.1 pkt.1 i 3)

.....
Imię, nazwisko i PESEL pacjenta

1. Udzielam upoważnienia do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

- a) zarówno za życia jak i po mojej śmierci*
- b) wyłącznie po mojej śmierci*

Pani/Panu.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

data urodzenia/PESEL

.....

telefon kontaktowy

.....

data i podpis pacjenta

2. Udzielam upoważnienia do uzyskania mojej dokumentacji medycznej

- a) zarówno za życia jak i po mojej śmierci*
- b) wyłącznie po mojej śmierci*

Pani/Panu.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

data urodzenia/PESEL

.....

telefon kontaktowy

.....

data i podpis pacjenta

3. Nie udzielam nikomu upoważnienia

- a) do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*
- b) do uzyskania mojej dokumentacji medycznej*

.....

data i podpis pacjenta

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....

data i podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić