

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych w zakładzie świadczeniach zdrowotnych oraz do dostępu do dokumentacji medycznej na wypadek mojej obłożnej choroby lub śmierci NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO/ UPOWAŻNIAM*

Panią(Pana)*.....

.....

zam.tel.

.....

*(nieodpowiednie skreślić)

/ data i czytelny podpis pacjenta, nr PESEL/

Podstawa prawna: Ustawa z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU.nr 52,poz.417), Rozp. MZiOS z 21.12.2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU. nr 252,poz.1697)