

Oświadczenie

.....
Nazwisko Imię pacjenta

.....
PESEL

Zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **upoważniam**:

.....
Nazwisko Imię

.....
tel.

.....
Adres

1. Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....
Podpis

2. Do uzyskania dokumentacji:

.....
Podpis

Nie udzielam upoważnienia do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji:

.....
Podpis