

	FORMULARZ	P-02/PB/F-01
	OŚWIADCZENIE PACJENTA	Wersja I obowiązująca od 25.05.2018r.
		Strona 1 z 1

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
data oświadczenia

Zgodnie z paragrafem 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9.11.2015r. z późn. zm. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ja niżej podpisany upoważniam:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
dane kontaktowe (adres, telefon)

Do informowania na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....
czytelny podpis pacjenta

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....
czytelny podpis pacjenta

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....
czytelny podpis pacjenta