

.....

Miejscowość, data

Oświadczenie-upoważnienie

Pacjenta – przedstawiciela ustawowego*

PACJENT:

.....

Nazwisko, imię

.....

PESEL

.....

Adres

.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:

.....

Nazwisko, imię

.....

PESEL

telefon

.....

Adres

.....

Na podstawie par. 8 Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 21.XII. 2010r. (Dz. U. nr 252 poz 1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

Upoważniam*

.....

Nazwisko, imię

PESEL

.....

Adres

telefon

- 1) Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych*
- 2) Do uzyskiwania dokumentacji medycznej*

Pacjenta o danych osobowych jak wyżej z zakładu opieki zdrowotnej:

Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o. przy ul. Hożej w Augustowie

- a) Od dnia do dnia (do zgonu pacjenta)*
- b) Bezterminowo (także w przypadku zgonu pacjenta)
- c) Wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta

.....

Podpis czytelny osoby
Przyjmującej oświadczenie

.....

Podpis czytelny pacjenta
przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej*

.....

Podpis czytelny osoby
Przyjmującej oświadczenie

.....

Podpis czytelny pacjenta
przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić