

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że*:

- ☐ Upoważniam Panią / Pana
zamieszkałą / zamieszkałego.....
PESEL, nr telefonu.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych
mi świadczeniach zdrowotnych.
- ☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i
udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....
data i podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że*:

- ☐ Upoważniam Panią / Pana
zamieszkałą / zamieszkałego.....
PESEL, nr telefonu.....
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- ☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej
osoby.

.....
data i podpis pacjenta

* Proszę zaznaczyć jedną z opcji.

Podstawa prawna:

art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 219 ze zm.),

§ 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).