

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Oświadczenie

Oświadczam, że

UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM (nie właściwe skreślić)

do:

- 1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci,
- 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci,
- 3) odbioru recept lub zleceń.*

Pana/ Panią:

1)
(imię, nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania, telefon/e-mail)

2)
(imię, nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania, telefon/e-mail)

3)
(imię, nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania, telefon/e-mail)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

* Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta podstawa prawna:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.),
- 2) Art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 790, 1559, 2232, z 2022 r. poz. 583, 655, 830).