

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko PESEL

Adres.....

Na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z dn. 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (art. 30 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. nr. 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. nr. 96, poz. 620)

UPOWAŻNIAM oraz wyrażam zgodę o udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko

Adres..... telefon

UPOWAŻNIAM do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko

Adres..... telefon.....

nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia, dokumentacji medycznej

nie upoważniam nikogo do przekazania mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w tutejszym Zakładzie Opieki Zdrowotnej

.....
podpis osoby odbierającej oświadczenie

.....
data i czytelny podpis pacjenta