

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dotyczące udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach w sposób określony w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697 z późniejszymi zmianami).

Ja niżej podpisany:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL :

- Upoważniam/ Nie upoważniam* do otrzymywania INFORMACJI o stanie mojego zdrowia.
- Upoważniam/ Nie upoważniam* do udostępnienia mojej DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.
- Upoważniam/ Nie upoważniam* do udostępnienia mojej DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. Ustawy.

* niepotrzebne skreślić.

Panią/Pana:

PESEL

TELEFON

.....

data i podpis pacjenta