

OŚWIADCZENIE – UPOWAŻNIENIE

.....
miejscowość i data

- pacjenta *
- przedstawiciela ustawowego*
- Sądu Opiekunczego*

PACJENT

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**,
SĄD OPIEKUŃCZY**.

.....
Nazwisko i imię

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
PESEL

.....
Adres

.....
Adres

Wyrażam zgodę na badanie i inne świadczenie zdrowotne w Poradni

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

.....
upoważniam*

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
Adres

.....
telefon

- 1/ do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- 2/ do uzyskiwania dokumentacji medycznej *

pacjenta o danych osobowych jak wyżej z zakładu opieki zdrowotnej:

.....
dane identyfikujące zakładu

a/ od dnia Do dnia (do dnia zgonu pacjenta)*

b/ bezterminowo (także w przypadku zgonu pacjenta)

c/ wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta

NIE wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej *

.....
podpis czytelny osoby
przyjmującej oświadczenie

.....
podpis czytelny pacjenta,
przedstawiciela ustawowego,
Sądu opiekunczego*

* niepotrzebne skreślić

** z uwzględnieniem zasad określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6.XI.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Druk: Automatica Sp. z o.o. 10-245 Olsztyn ul. Toruńska 1A/36, www.akcydensa.pl