

Imię:

Wrocław, dnia:

Nazwisko:

Adres:

.....

PESEL:

ZGODA PACJENTA

- Oświadczam, że **upoważniam** do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych n/w osobę:

.....
Imię i nazwisko PESEL

.....
Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....
Imię i nazwisko

- Oświadczam, że **nikogo nie upoważniam** do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....
Imię i nazwisko

Podstawa prawna: DZ. U. z 2009 r. Nr 247 poz. 1819 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, oraz sposobu jej przetwarzania.

Imię:

Wrocław, dnia:

Nazwisko:

Adres:

.....

PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

- Oświadczam, że **upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci n/w osobę:

.....
Imię i nazwisko PESEL

.....
Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....
Imię i nazwisko

- Oświadczam, że **nikogo nie upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
Imię i nazwisko

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2004 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.