

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Oświadczenie

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.) oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

adres

tel./e-mail

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, TAK / NIE
za życia i po śmierci

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK / NIE

z: Poradnia POZ

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