

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

UPOWAŻNIENIE

Ja,,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

o numerze PESEL:,

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana,
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email.....

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana,
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email.....

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).