

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a



.....
(imię i nazwisko pacjenta)

oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w
2. upoważniam/nie upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

.....
(Imię i nazwisko, adres i nr telefonu osoby upoważnionej)

3. upoważniam/nie upoważniam do uzyskania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....
(Imię i nazwisko, adres i nr telefonu osoby upoważnionej)

3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

..... Dnia

*niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, wraz z późniejszymi zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, oraz sposobów jej przetwarzania.

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a



.....
(imię i nazwisko pacjenta)

oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w
2. upoważniam/nie upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

.....
(Imię i nazwisko, adres i nr telefonu osoby upoważnionej)

3. upoważniam/nie upoważniam do uzyskania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....
(Imię i nazwisko, adres i nr telefonu osoby upoważnionej)

3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

..... Dnia

*niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, wraz z późniejszymi zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, oraz sposobów jej przetwarzania.