

OŚWIADCZAM, IŻ UPOWAŻNIAM

.....
.....
(imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu osoby upoważnionej)

- ☐ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
☐ do dostępu do całej mojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez placówkę

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż upoważnienie może zostać przeze mnie w każdym czasie odwołane lub zmienione.

.....
(data i czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego)

nr tel.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania