

OŚWIADCZENIE O DOSTĘPIE DO DANYCH MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Niniejszym oświadczam, że Panią/Pana:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon

Adres zamieszkania

Do:

- upoważniam do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych,
- nie upoważniam do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych,
- upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych,
- nie upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych,
- upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci,
- nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci,
- upoważniam do odbioru skierowań na badania i wyników badań diagnostycznych, recept, zaświadczeń/opinii lekarskich.

Data, podpis pacjenta