

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
PESEL

Oświadczenie

Na podstawie art. 9, 23 i 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz.417, z późn. zm.) oraz §8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)

- upoważniam
(imię nazwisko adres telefon)

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w NZOZ Medycyna Rodzinna w Grójcu *

- nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia w NZOZ Medycyna Rodzinna w Grójcu *

.....
(data i podpis pacjenta)

*niepotrzebne skreślić