

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

Na podstawie § 8 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Upoważniam

Data urodzenia PESEL

nr tel., nr dokumentu

zam.

- do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej;
- do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej po mojej śmierci;
- do odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie i wyroby medyczne;
- do informacji o moim stanie zdrowia.

Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Zielonka, dnia

podpis pacjenta