

OŚWIADCZENIE PACJENTA

dotyczące braku upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach oraz udostępniania dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany PESEL

(imię i nazwisko)

a przypadku, gdy nr PESEL nie został nadany – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do :

1) uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach,

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....

Data i podpis przyjmującego upoważnienie

.....

w sposób określony w § art. 27 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.) oraz w § 69, 70, 71 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666).

OŚWIADCZENIE PACJENTA

dotyczące braku upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach oraz udostępniania dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany PESEL

(imię i nazwisko)

a przypadku, gdy nr PESEL nie został nadany – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do :

1) uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach,

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....

Data i podpis przyjmującego upoważnienie

.....

w sposób określony w § art. 27 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.) oraz w § 69, 70, 71 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666).