

OŚWIADCZENIE

Na podstawie § 8 pkt.3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzoru dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2015r., poz. 2069 ze zm.), niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2016r., poz. 186 t.j.):

1. ustanawiam jako osobę upoważnioną do uzyskania dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu MWOMP, Pana/Panią,
.....

2. nie ustanawiam nikogo jako osoby upoważnionej do uzyskania dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu MWOMP.

....., dn.

.....

miejsowość

czytelny podpis pacjenta

*) Proszę wybrać właściwą opcję

OŚWIADCZENIE

Na podstawie § 8 pkt.3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzoru dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2015r., poz. 2069 ze zm.), niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2016r., poz. 186 t.j.),

upoważniam

imię i nazwisko , adres , numer telefonu kontaktowego osoby upoważnionej

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... , dn.

.....

miejsowość

czytelny podpis pacjenta