

Kędzierzyn-Koźle, dnia.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

.....
imię i nazwisko pacjenta

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam nikogo*

Panią/Pana

adres.....

tel.....

do:

- uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych, za życia i po śmierci*
- uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby za życia i po śmierci.*

*niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis

.....
Kędzierzyn-Koźle, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Na podstawie § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz .U. z 2020 r., poz. 666), niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 4 maj 2020 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz. 849):

.....
imię i nazwisko, data urodzenia

.....
PESEL osoby małoletniej

....., dnia
miejscowość

.....
numer dowodu osobistego i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego osoby małoletniej