

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia Dz. U. z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

.....
NAZWISKO i IMIĘ PACJENTA.....
PESEL lub DATA URODZENIA

Upoważniam personel Szpitala do powiadomienia o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnego udostępniania dokumentacji następującym osobom:

.....
Nazwisko i Imię.....
Dane kontaktowe.....
Nazwisko i Imię.....
Dane kontaktowe.....
data i podpis pacjenta

Upoważniam personel Szpitala do ewentualnego udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci następującym osobom:

.....
Nazwisko i Imię.....
Dane kontaktowe.....
Nazwisko i Imię.....
Dane kontaktowe.....
data i podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA - c.d.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia Dz. U. z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Nikogo nie upoważniam do powiadomienia o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do ewentualnego udostępniania dokumentacji.

.....
data i podpis pacjenta

Nikogo nie upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej w razie śmierci.

.....
data i podpis pacjenta