…..... Jaworzno, dnia.....
(imię i nazwisko pacjenta

….....

(PESEL/data urodzenia)

OŚWIADCZENIE

Stosownie do wymogu § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, oświadczam, że upoważniam .....,
(imię i nazwisko)
nr tel. ....., zam. ..... do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....
podpi

…..... Jaworzno, dnia.....
(imię i nazwisko pacjenta

….....
(PESEL/data urodzenia)

OŚWIADCZENIE

Stosownie do wymogu § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, oświadczam, że upoważniam .....,
(imię i nazwisko)
nr tel. ....., zam. ..... do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

.....
podpis