

OŚWIADCZENIE PACJENTA**Dane pacjenta****Imię i nazwisko:****pesel:**

W oparciu o § 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 upoważniam **TAK/NIE**

.....
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa)

do otrzymywania uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
data

.....
podpis pacjenta

W oparciu o § 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 upoważniam **TAK/NIE**

.....
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa)

do uzyskiwania dokumentacji.

.....
data

.....
podpis pacjenta