CENTRUM STOMATOLOGICZNE
TWÓJ UŚMIECH
Piotr Skrzyszewski
58-200 Dzierżoniów, ul. M. Kopernika 3A
NIP 882-100-66-92, Regon 890538010

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI / INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a ....., PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(imię i nazwisko pacjenta)

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) **upoważniam Panią/Pana**

....., PESEL **lub** DATA URODZENIA …….
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zam. .....,.tel. .....
(dane kontaktowe osoby upoważnionej)

do *1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej;
***2) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

* należy podkreślić właściwe 1 i/lub 2

data imię i nazwisko pacjenta
……

data imię i nazwisko opiekuna prawnego (w przypadku osób poniżej 18 r. ż)
……

OŚWIADCZENIE PACJENTA O BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI /INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a ....., PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(imię i nazwisko pacjenta)

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) **nie upoważniam żadnej osoby bliskiej lub trzeciej do:**

***1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej;**
***2) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

* należy podkreślić właściwe 1 i/lub 2

data imię i nazwisko
pacjenta .....

data imię i nazwisko opiekuna prawnego (w przypadku osób poniżej 18 r. ż)
……