

....., data

....., data

..... nazwisko i imię pacjenta data urodzenia PESEL

..... nazwisko i imię pacjenta data urodzenia PESEL

Oświadczenie

Po uzyskaniu informacji dotyczących ochrony moich danych zawartych w dokumentacji medycznej i prawa do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia

(zapisanych w art. 18 ust. 1 ust. 2 i ust. 3 pkt. 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. Z 1991 r. nr poz. 408 póź. zm.) w brzmieniu: "art. 18. 1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu. 2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1. 3. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1: 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.", "art. 19 ust. 1 pkt. 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia".

Upoważniam:

..... nazwisko i imię data urodzenia PESEL

..... stopień pokrewieństwa rodzaj i numer dowodu tożsamości

..... miejsce zamieszkania telefon

	TAK*	NIE*
a) otrzymywania mojej dokumentacji medycznej		
b) otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia		
c) pobierania recept na leki przewlekle stosowane		
d) przedłużania zaopatrzenia ortopedycznego		

* wybór zaznaczyć symbolem X

.....
czytelny podpis

Oświadczenie

Po uzyskaniu informacji dotyczących ochrony moich danych zawartych w dokumentacji medycznej i prawa do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia

(zapisanych w art. 18 ust. 1 ust. 2 i ust. 3 pkt. 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. Z 1991 r. nr poz. 408 póź. zm.) w brzmieniu: "art. 18. 1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu. 2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1. 3. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1: 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.", "art. 19 ust. 1 pkt. 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia".

Upoważniam:

..... nazwisko i imię data urodzenia PESEL

..... stopień pokrewieństwa rodzaj i numer dowodu tożsamości

..... miejsce zamieszkania telefon

	TAK*	NIE*
a) otrzymywania mojej dokumentacji medycznej		
b) otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia		
c) pobierania recept na leki przewlekle stosowane		
d) przedłużania zaopatrzenia ortopedycznego		

* wybór zaznaczyć symbolem X

.....
czytelny podpis