

....., dn.

Nazwisko i imię

PESEL

Zakres danych:
nr telefonu komórkowego

adres e-mail

adres do korespondencji

OŚWIADCZENIE

Upoważniam / nie upoważniam

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(telefon kontaktowy)

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej,
- do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Upoważnienie jest ważne:

- jednorazowo w dniu
- za mojego życia*
- po mojej śmierci*
- do odwołania*

*) Zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.