

Oświadczenie

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.) oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(Imię i nazwisko)

PESEL:

Adres:

tel./e-mail

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci.

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)