

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Oświadczenie o upoważnieniu / braku upoważnienia* osoby bliskiej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam*

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym Jedynka Sp. z o. o.

.....
(CZYTELNY podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, PESEL pacjenta i przedstawiciela ustawowego)

2. Oświadczenie o upoważnieniu / braku upoważnienia* osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji medycznej pacjenta.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam*

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

do uzyskania uzyskania mojej dokumentacji medycznej znajdującej się w posiadaniu Centrum Medycznego Jedynka Sp. z o. o.

.....
(CZYTELNY podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, PESEL pacjenta i przedstawiciela ustawowego)

3. Oświadczenie o powzięciu wiadomości o możliwości zapoznania się z prawami pacjenta.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że zostałem/-am powiadomiony/-a o możliwości zapoznania się z prawami pacjenta.

.....
(CZYTELNY podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, PESEL pacjenta i przedstawiciela ustawowego)

.....
(data złożenia oświadczenia)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697)

* niepotrzebne skreślić