

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do dostępu do dokumentacji medycznej.

Data złożenia.....

.....
/pieczętka poradni/

Ja.....PESEL

upoważniam.....

/imię i nazwisko, adres, telefon/

.....do
uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej. **Nie**

upoważniam nikogo do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej.

(*) – niepotrzebne skreślić...../czytelny podpis pacjenta/.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta Art. 26 pkt 1 (Dz.U.2012.159 z póź. zm.)