

OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA PACJENTA

DANE PACJENTA:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

- 1. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej** wytworzonej w *Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rybnie, przy ul. Zajeziornej 58, 13-220 Rybno*

nie upoważniam nikogo

upoważniam poniżej wymienioną osobę

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko:

- 2. do udzielania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych**

nie upoważniam nikogo

upoważniam poniżej wymienioną osobę

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko:

dane kontaktowe osoby upoważnionej:

data oraz czytelny podpis
upoważniającego

data oraz czytelny podpis pracownika
PVDL