

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL.....

adres.....

tel./e-mail.....

do:

- | | |
|---|---------|
| 1) Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych | TAK/NIE |
| 2) Uzyskiwania dokumentacji medycznej | TAK/NIE |

z: GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ, PORADNIA LEKARZA POZ.

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

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany(a):

PESEL:

zamieszkały(a) w:

legitymujący(a) się dokumentem:

niniejszym upoważniam.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjentapodstawa
prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz.
1634 z późn. zm.).

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