

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważnienie osoby do uzyskania dokumentacji medycznej*

Ja, (imię i nazwisko), zamieszkała/y

....., (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

upoważniam osobę

..... (imię i nazwisko), zamieszkała/y

....., (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do uzyskania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie.

.....

(data i podpis Pacjenta)

*Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318)