

Specjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Na Pocztovej”
47-300 Krapkowice, Pocztowa 12

Nazwisko i imię pacjenta

Oświadczenie

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

..... PESEL.....
nazwisko i imię

adres.....

tel/e-mail.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci

.....
data czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

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

..... PESEL.....
nazwisko i imię

adres.....

tel/e-mail.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci

.....
data czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Ja niżej podpisana(y) niniejszym upoważniam:

.....
imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń,
zgodnie z art. 42 ust. 2 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.

.....
data czytelny podpis

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta

Podstawa prawna: art. 42 ust. 2 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.