

Oświadczenie o dostępie do danych medycznych

Ja, (imię i nazwisko).....

oświadczam, że Panią / Pana

Imię i nazwisko

.....

Data urodzenia

.....

Numer telefonu

.....

- upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.
- nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczących informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.
- nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci
- upoważniam do odbioru wyników badań, recepty, skierowań na badania dodatkowe, zaświadczenia/opinii lekarskiej

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie