

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.

upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.

upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

upoważniam do odbioru wyników badań, recepty, skierowań na badania dodatkowe, zaświadczenia/opinii lekarskiej.

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych; dokumentacji medycznej dotyczącej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych; dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie