

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Nazwisko i imię .....

2. PESEL

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

Upoważniam następujące osoby (osobę) do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Przychodni Rejonowej w Jaworze.

Jednocześnie upoważniam niżej wymienione osoby(osobę) na wypadek mojej śmierci do uzyskania odpisów lub kserokopii mojej dokumentacji medycznej z Przychodni Rejonowej w Jaworze.

L.p.	Nazwisko i imię	Dane kontaktowe – adres, telefon

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ( Dz. U. z 2010r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.).

.....  
Osoba potwierdzająca oświadczenie

.....  
Data i podpis pacjenta