

Przychodnia Zator

32-640 Zator, ul. ul. Leszka Palimąki 2

REGON: 35708261300023

Tel.: 338-41-21-50

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Oświadczenie

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2024 poz. 798) oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

adres

tel./e-mail

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych TAK / NIE
świadectwach zdrowotnych,

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK / NIE

z: Poradnia ogólna lekarza POZ

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)