Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Ożarowie
27 – 530 Ożarów, Spacerowa 10
REGON: 29112443000020
Tel.: 15 86 11 019

Ożarów, dn. ……

Dane pacjenta

Nazwisko i imię: ……

PESEL: ……

Adres: ……..

Upoważnienie do informacji i dokumentacji medycznej

Na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisów o dokumentacji medycznej oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

……..
(nazwisko i imię)

PESEL ……

adres ……

tel./e-mail……..

do:

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

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

.....
Czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego