

UPOWAŻNIENIE

Zgodnie z ustawą o prawach pacjentach i Rzecznika praw pacjenta z dnia 6 listopada 2009r. (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006r., Nr 247, poz. 1819 z późniejszymi zmianami) oraz ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Warszawa,
(data)

Ja, UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM
(imię i nazwisko)

do **otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych** Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania)

oraz UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM do **uzyskania kopii dokumentacji medycznej** Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania)

Ja, niżej podpisany oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w stopniu niezbędnym do prowadzenia dokumentacji medycznej.

Warszawa, dnia,
(data)

.....
(czytelny podpis)