

Dane pacjenta

Nazwisko i imi :

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imi :

PESEL:

Adres:

Telefon:

### O wiadczenie

Rozporz dzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z pó n. zm.) o wiadczam, e upowa niam Pana/Pani

.....  
(nazwisko i imi )

PESEL .....

adres .....

tel./e-mail .....

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych wiadczeniach zdrowotnych, TAK / NIE  
za ycia i po mierci

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za ycia i po mierci TAK / NIE

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