 EMC EMC Instytut Medyczny S.A.	Zespół Przychodni FORMICA	Data wydania. 29.09.2014
	NR 196	
	OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA/ UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Nr wydania 1

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku z późn. zmianami § 8 (Dz. U. z 2010 r Nr 252, poz. 1697 z późn. zmianami) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

.....
imię i nazwisko pacjenta *nr PESEL pacjenta* *imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta*

I. Udzielam/ nie udzielam* upoważnienia:

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udostępniania informacji o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w **Zespole Przychodni FORMICA** następującym osobom:

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*

II. Udzielam/ nie udzielam* upoważnienia:

do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w **Zespole Przychodni FORMICA** następującym osobom:

osobom wymienionym w punkcie I

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*


III. Udzielam/ nie udzielam* upoważnienia:

do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w **Zespole Przychodni FORMICA** po mojej śmierci następującym osobom:

osobom wymienionym w punkcie I

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*

-
imię i nazwisko osoby upoważnionej *nr PESEL* *adres zamieszkania* *nr telefonu*

 EMC Instytut Medyczny S.A.	Zespół Przychodni FORMICA	Data wydania. 29.09.2014
	NR 196	
	OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA/ UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Nr wydania 1

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu realizacji jego funkcji. Dane osobowe są chronione zgodnie z Ustawą dnia 29 sierpnia 1997 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm).

.....
Podpis pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta*

* *niepotrzebne skreślić*