



System Zarządzania Jakością

Formularz nr 61/SZJ

Załącznik do Zarządzenia nr 186/2016 z dnia 30.11.2016r.

Warszawa, dn.

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA*

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 8 ust. 1 – 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/łam się z przysługującymi mi uprawnieniami i upoważniam

imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą

/ nie upoważniam nikogo* do **uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

.....
Czytelny podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta

Dodatkowe uwagi Pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....
.....

Warszawa, dn.

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA*

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 8 ust. 1 – 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/łam się z przysługującymi mi uprawnieniami i upoważniam

imię i nazwisko osoby upoważnionej

/ nie upoważniam nikogo* do **uzyskiwania mojej dokumentacji.**

.....
Czytelny podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta

Dodatkowe uwagi / oświadczenia Pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
.....

* Niewłaściwe skreślić.