…….
imię nazwisko pacjenta

Wrocław, dnia …….....

…….
nr PESEL pacjenta

OŚWIADCZAM, ŻE

1. Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w NZOZ „Multi-Medyk”:

☐**upoważniam osobę:** ☐**nikogo nie upoważniam**

……
imię i nazwisko bliskiej mi osoby

……
adres zamieszkania; miasto, ulica nr domu i mieszkania

…… ……
telefon czytelny podpis pacjenta

2. Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej prowadzonej w NZOZ „Multi-Medyk”:

☐**upoważniam osobę:** ☐**nikogo nie upoważniam**

……
imię i nazwisko bliskiej mi osoby

……
adres zamieszkania; miasto, ulica nr domu i mieszkania

…… ……
telefon czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i RPP z dn. 6.11.2008r. (Dz.U.2009 Nr 52 poz. 417) oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.(Dz.U.2010 Nr 252 poz. 1697)*