



Polska Fundacja Gastroenterologii

ENDOTERAPIA

OŚWIADCZENIE PACJENTA INFORMOWANIE O STANIE ZDROWIA

.....
miejsowość, data

Ja..... nr PESEL
(imię i nazwisko pacjenta)

legitymujący(a) się:..... seria: nr.....
(nazwa dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

upoważniam:

..... nr PESEL
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....
(adres osoby upoważnianej)

.....
(numer telefonu osoby upoważnianej)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Endoterapia PFG Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Endoterapia PFG Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 roku Nr 52 poz. 417 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i z zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 roku Nr 25 poz. 1697).