

**Zgodnie z przysługującym prawem pacjenta do
dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w
sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz
sposobu jej przetwarzania.
zwracamy się z prośbą o wypełnienie stosownego
upoważnienia .**

(wzór upoważnienia)

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „CENTRUM” W OPOLU
45-062 OPOLE UL. KOŚCIUSZKI 2**

Upoważniam / nie upoważniam * Panią/Pana
do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i do wglądu w moją
dokumentację medyczną wraz z uzyskiwaniem jej kopii.

* (niepotrzebne skreślić)

.....
(czytelny podpis, data)

Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w Poradni
..... w pełnym zakresie.

.....
(czytelny podpis, data)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.