

Upoważniam/nie upoważniam* Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia lub adres lub dokument tożsamości)

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 udzielenie mi świadczeń zdrowotnych w Poradni

.....

(nazwa poradni)

w pełnym zakresie oraz na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
(czytelny podpis, data)

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. poz. 2069 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.