

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Tel.:

Adres zamieszkania:

**Oświadczenie pacjenta**

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach medycznych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

Data i podpis pacjenta:

Podstawa prawna:

- art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry
- art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- art. 42 ust. 4 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry