

Bydgoszcz, dn.

NZOZ Wielospecjalistyczna
Przychodnia „Bartodzieje” Sp. z o.o.
ul. Koszalińska 7
85-714 Bydgoszcz

Nazwisko i imię.....

PESEL

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

adres e-mail

adres do korespondencji

.....

Oświadczenie

Niniejszym odwołuję upoważnienie dla:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

..... (PESEL) (telefon kontaktowy)

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej*
- do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty*

*Zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Odwołanie upoważnienia skutkuje jego anulowaniem we wszystkich poradniach NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” Sp. z o.o.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)