

Centrum Medyczne WILSONA

ul. Głogowska 58/6, 60-737 Poznań

REGON: 367941190

NIP: 7792468603

Tel: 530530235

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres:.....

Adres mailowy:.....

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany nie upoważniam/ upoważniam (niepotrzebne skreślić)
osobę....., PESEL.....
tel..... do:

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeń medycznych,
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci)
- odbioru recept i zleceń

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 dentysty
- 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 dentysty