

Stacja Zdrowie
ul. Rybie 4B, 05-530 Góra Kalwaria
REGON: 522248351, NIP 1231514107
Tel: 226999944

Imię i nazwisko:
PESEL:
Tel:
Adres:

Oświadczenie pacjenta

Osobą upoważnioną do:

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

Imię i nazwisko:
PESEL:
Tel:

data

podpis

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