Bydgoszcz, dnia

(nazwisko i imię pacjenta/ki)

OŚWIADCZENIA WOLI PACJENTA

Niniejszym wyrażam zgodę do udostępnianie informacji na temat mojego stanu zdrowia Panu(i):

……., dostępnej pod nr telefonu.:……..

…….. …….. ……..

Dane i własnoręczny podpis osoby odbierającej oświadczenie woli

DATA:

własnoręczny podpis Pacjenta

Niniejszym wyrażam zgodę na dostęp i przekazywanie mojej dokumentacji medycznej Panu (i):

……..

…….. …… ……..

Dane osoby i własnoręczny podpis odbierającej oświadczenie woli

DATA

własnoręczny podpis Pacjenta

Niniejszym wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym przy ul. Smukalskiej nr 251 w Bydgoszczy

…….. …….. ……

Dane osoby i własnoręczny podpis odbierającej oświadczenie woli

DATA

własnoręczny podpis Pacjenta

Rozp.MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Nart. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696)