

Nowy Sącz, dnia

SCS PRIMADENT SP. Z O.O.
UL. NAWOJOWSKA 29
33-300 NOWY SĄCZ

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.¹ i Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.² oświadczam,
że upoważniam Pana/Panią

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Tel./e-mail:

do:

- 1) Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych, za życia i po śmierci TAK/NIE

- 2) Uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK/NIE

.....
(CZYTELNY PODPIS PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.)

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 23022 r. poz. 1304 ze zm.)