

00000001213

Zakład Diagnostyki Obrazowej

Załącznik nr 26

do Instrukcji w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie (Zarządzenie nr 51/VII/NP/O/2013 DN „MCZ” S.A. w Lubinie z dnia 12.11.2013 r.)

.....
(adres)

.....
(numer telefonu)

**„Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A.
ul. M. Skłodowskiej - Curie 66
59 - 301 Lubin**

Oświadczam, że : *

1. Upoważniam osobę bliską

(imię i nazwisko)

.....
(adres i numer telefonu)

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby
(również w razie mojej śmierci). *

2. Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej. *

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w stopniu niezbędnym do prowadzenia dokumentacji medycznej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

.....
(pieczęć i podpis osoby reprezentującej ZDO)

* niepotrzebne skreślić