

....., dn.

Nazwisko i imię

PESEL

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

adres e-mail

adres do korespondencji

.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym odwołuję upoważnienie dla:

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres)

.....

(PESEL)

(telefon kontaktowy)

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej*
- do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry*

*) Zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.