



Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j.: Dz.U.2015.poz.2069, ze zm.).

Ja,.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

składam następujące oświadczenie / upoważnienie:

Upoważniam do odebrania wyniku badania i uzyskania informacji o wykonanym badaniu diagnostycznym Pana/Panią:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

**powyższe dane pobierane są w celu identyfikacji osoby upoważnionej do odbioru wyników badań oraz udzielania informacji na temat stanu zdrowia*

Nie upoważniam nikogo do odebrania wyniku badania i uzyskania informacji o wykonanym badaniu diagnostycznym.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Wypełnia pracownik Diagnostyki Obrazowej przyjmujący oświadczenie

Data odebrania oświadczenia.....

Podpis pracownika