

UPOWAŻNIENIE DO WYDAWANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

JA, NIŻEJ PODPISANY/A UPOWAŻNIAM/NIE UPOWAŻNIAM:

PANIA/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

PANIA/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

ZAKRES UPOWAŻNIENIA:

1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

UPOWAŻNIAM NIE UPOWAŻNIAM

2. UZYSKIWANIE MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI

UPOWAŻNIAM NIE UPOWAŻNIAM

3. ODBIORU MOICH RECEPT/SKIEROWAŃ

UPOWAŻNIAM NIE UPOWAŻNIAM

UPOWAŻNIENIE DOTYCZY DANYCH PRZECHOWYWANYCH PRZEZ PODMIOT MEDYCZNY: PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU” SP. Z O.O. JEDNOSTKA: PRZYCHODNIA RODZINNA KOLBUDY. PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, IŻ PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU” SP. Z O.O. JEST ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA CELÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH.

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA