

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana
(imię, nazwisko, data urodzenia pacjenta)

1. upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia:

.....*
(imię, nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)

2. upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....*
(imię, nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)

.....
podpis pacjenta

* Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do uzyskiwania informacji lub dostępu do dokumentacji medycznej należy przekreślić odpowiednie pole powyżej

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisany/podpisana
(imię, nazwisko, data urodzenia pacjenta)

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu)

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia osoby / osób upoważnionych)

dowolną osobę, która się po nie zgłosi

nie upoważniam nikogo do odbioru

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.)

.....
data i podpis pacjenta

