

_____ data __, __, ____ r.

UPOWAŻNIENIE

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

upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia:

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

upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

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

(podpis pacjenta)

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

_____ data __, __, ____ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ

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

upoważniam do odbioru recept lub zleceń (zaznaczyć X w odpowiednim polu):

_____ (imię, nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)

dowolną osobę, która się po nie zgłosi

nie upoważniam nikogo do odbioru

(podpis pacjenta)

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

