Centrum Medyczne Tulipan

Upoważnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz udziału w wizycie

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

Oświadczam, że:

☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

☐ Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby *

☐ Upoważniam do odbioru recept *

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:.....

nr dowodu tożsamości:.....

PESEL: .....

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby czy odbioru recept *.

*zaznaczyć właściwe

.....

data i czytelny podpis Pacjenta

Podstawa - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz.2069). Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. 2017r, poz.1318).