

NAZWISKO I IMIĘ: PESEL:

ADRES:

DANE KONTAKTOWE:

.....
osoba przyjmująca data i czytelny podpis
pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz.1318 ze zm.)

.....
osoba przyjmująca data i czytelny podpis
pacjenta/przedstawiciela ustawowego

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

(ważne do odwołania)

Upoważniam:

Tymbark, dnia:

.....
.....
(imię i nazwisko upoważnionego, numer tel., stopień pokrewieństwa)
do otrzymywania ustnej informacji o moim stanie zdrowia i
udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania
dokumentacji medycznej, również w przypadku mojej śmierci.

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania ustnej
informacji o
moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela osoba przyjmująca data i czytelny podpis
ustawowego pacjent/przedstawiciela ustawowego

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

(ważne do odwołania)

Upoważniam:

Tymbark, dnia:

.....
.....
(imię i nazwisko upoważnionego, numer tel., stopień pokrewieństwa)
w/w do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach
realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art.42
ust.2.ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (Dz.U.2018.617 j.t. ze zm.)

Nie upoważniam nikogo do odbioru recept lub
zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego
prawa do świadczeń, zgodnie z art.42 ust.2.ustawy z
dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (Dz.U.2018.617 j.t. ze zm.)

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela osoba przyjmująca data i czytelny podpis
ustawowego pacjent/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta na podstawie art. 42 ust.4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2018.617 j.t. ze zm.).

Wyrażam zgodę na wysłanie wezwania na szczepienie drogą mailową/telefoniczną/listowną.

**Mając na uwadze prawidłowe zarządzanie Państwa danymi prosimy o ich bieżącą aktualizację !
Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo**