PRZYCHODNIA MICKIEWICZA

OŚWIADCZENIE PACJENTA

- o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania informacji

- o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji medycznej

- do odbioru recept lub zleceń

Ja (imię i nazwisko) …….…….. PESEL ……. **upoważniam** osobę bliską (imię i nazwisko) ……..……

PESEL …….……. zam. …… tel. …….

- ☐ do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
- ☐ do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.
- ☐ do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

……

(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) …….…….. PESEL ……. **nie upoważniam** żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

……

(data i podpis)