

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA

.....
Pieczęćka jednostki organizacyjnej

.....
Imię i nazwisko przyjmującego oświadczenie

.....
Data

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
PESEL*

.....
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że**

upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych w Centrum Medycznym Corten Medic

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
PESEL*

.....
Adres osoby upoważnionej

.....
Numer telefonu osoby upoważnionej

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych w Centrum Medycznym Corten Medic.

UZYSKIWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że**

upoważniam na stałe (do odwołania) do odbioru z Centrum Medycznego Corten Medic mojej dokumentacji medycznej.

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
PESEL*

nie upoważniam nikogo do odbioru dokumentacji medycznej z Centrum Medycznego Corten Medic.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta

* W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

** Właściwie zaznaczyć.

Podstawa prawna - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.).