dane identyfikacyjne podmiotu leczniczego (pieczątka)

RODO/08

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, do uzyskania dokumentacji medycznej przez inne osoby, do uzyskania wglądu do dokumentacji w przypadku śmierci oraz o możliwości odebrania recepty lub zlecenia przez dowolną osobę.

..... PESEL | | | | | | | | | | |

nazwisko i imię pacjenta

Zostałem poinformowany, że poniższe upoważnienie jest bezterminowe, a jego wycofanie wymaga złożenia przez pacjenta odrębnego pisemnego oświadczenia.

Upoważniam / nie pozostawiam upoważnienia* do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania mojej dokumentacji medycznej przez inne osoby.

Upoważniam / nie pozostawiam upoważnienia* do uzyskania wglądu do mojej dokumentacji w przypadku mojej śmierci.

Dane osoby upoważnionej:

Pan/i (nazwisko i imię) ..... tel. kontaktowy .....

.....

adres zamieszkania

Oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawione w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art.42 ust. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2017 poz. 125), **mogą być wydane**:
osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta.

Dane osoby upoważnionej:

Pan/i (nazwisko i imię) .....

* niepotrzebne skreślić

..... data

..... czytelny podpis pacjenta (imię, nazwisko)