



CENTRUM MEDYCZNE SERCE SERCU SP. Z O.O.

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA/ODBIORU RECEPT

DANE PACJENTA/NIELETNIEGO/CAŁKOWICIE UBEZWŁASNOWLIONEGO / CZĘŚCIOWO UBEZWŁASNOWLIONEGO*

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, e-mail:

PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO*:

Imię i nazwisko:

PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

Działając w imieniu własnym/jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką*, zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

nie upoważniam nikogo

upoważniam poniżej wymienioną osobę

do [zaznaczyć odpowiednio]:

- dostępu i uzyskiwania dokumentacji medycznej wytworzonej w CM SERCE SERCU sp. z o.o. dotyczącej ww. pacjenta,
- udzielania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechaniu, wynikach leczenia ww. pacjenta,
- odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji prawa do świadczeń zgodnie z art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL:

Dane kontaktowe osoby upoważnionej, adres zamieszkania, e-mail, telefon:

data oraz czytelny podpis upoważniającego

data oraz czytelny podpis pracownika CM SERCE SERCU

*Niepotrzebne skreślić