

Andrychów, dnia

Centrum Medyczne "Kącik"
ul. Rynek 26a, 34-120 Andrychów
tel. 33 870 33 01, 518 314 616

PACJENT

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	

OSOBA UPOWAŻNIONA

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

POUCZENIE: Oświadczenie złożone przez pacjenta może zostać zmienione lub odwołane w każdym czasie

UWAGA! WYBRANE POLE ZAZNACZYĆ X

I. ZGODA NA UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA*

- Wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta wyżej wymienionej osobie
- Nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie zdrowia pacjenta

Andrychów, dnia

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

II. UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA*

- Upoważniam wyżej wymienioną osobę do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta
- Nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta

Andrychów, dnia

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

- w pełnym zakresie
- w zakresie ograniczonym do Poradni (wybraną zaznacz X):
 - Chirurgii naczyniowej
 - Chirurgii ogólnej
 - Chirurgii onkologicznej
 - Chirurgii naczyniowej
 - Chorób naczyń
 - Dermatologicznej
 - Diabetologicznej
 - Endokrynologicznej
 - Geriatrycznej
 - Ginekologiczno-położniczej
 - Ginekologii Onkologicznej
 - Internistycznej
 - Kardiologicznej
 - Nefrologicznej
 - Neurochirurgicznej
 - Neurologicznej
 - Ortopedycznej
 - Otolaryngologicznej
 - Pediatricznej
 - Proktologicznej
 - Pulmonologicznej
 - Radiologicznej
 - Reumatologicznej
 - Urologicznej
 - Zdrowia psychicznego

Andrychów, dnia

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

III. UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY, ZLECENIA LUB WYDRUKU PACJENTA*

- Upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru recepty, zlecenia, wydruku
- Oświadczam, że recepty, zlecenia, wydruki mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie bez szczegółowego określenia)

Andrychów, dnia

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Podstawy prawne:

- I. Art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- II. Art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- III. Art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry