

UPOWAŻNIENIE

do udzielania informacji o stanie zdrowia, do dokumentacji medycznej oraz
do odbierania recepty lub zlecenia

..... Imię i nazwisko pacjenta	Przychodnia „OGRODY” spółka z o.o. NZOZ PRZYCHODNIA „OGRODY” 85-870 Bydgoszcz, ul. Ogrody 21 tel./fax 52 362 09 13
..... Data urodzenia	Reg. 093049301-00028 NIP 953-24-40-141 kody kreskowe: I:000000002818, V-01, VII-001, VIII-0010
..... Telefon	KRS-137061

Zgodnie z art. 9 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo podejmować decyzję o tym, kto może otrzymywać informacje o jego stanie zdrowia lub kto może otrzymywać jego dokumentację medyczną.

Pacjent może także upoważnić wybrane osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (pacjent.gov.pl)

■ NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

- do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych
- do udostępniania mojej dokumentacji medycznej
- do odbioru recepty lub zlecenia

■ UPOWAŻNIAM do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych

1.
Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe osoby upoważnionej
2.
Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe osoby upoważnionej

■ UPOWAŻNIAM do udostępniania mojej dokumentacji medycznej

1.
Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe osoby upoważnionej
2.
Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe osoby upoważnionej

■ **UPOWAŻNIAM do odbioru recepty lub zlecenia**

1.

Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe

2.

Imię, nazwisko, data urodzenia*, dane kontaktowe

■ **UPOWAŻNIAM KAŻDĄ OSOBĘ TRZECIĄ do odbioru recepty lub zlecenia**

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

*Podane daty urodzenia nie jest obowiązkowe. Data urodzenia służy uniknięciu pomyłek przy identyfikacji.