

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VITAMED” Sp. z o.o.
44-109 Gliwice, ul. Różana 7
REGON: 276804569
Tel.: 32 750 08 02
E-mail: przychodnia@vitamed-gliwice.pl

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię:
Adres:
Pesel:
Tel.:

Zgodnie z Dz. U. 2020 poz. 666 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imię:
Adres:
Pesel:
Tel.:

Nazwisko i imię:
Adres:
Pesel:
Tel.:

Nazwisko i imię:
Adres:
Pesel:
Tel.:

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych, za życia i po śmierci
 do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci
 do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1966 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. Z 2018 r. poz. 617 z późn. zm.)

- Zgodnie z Dz. U. 2020 poz. 666 oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych, za życia i po śmierci
 Zgodnie z Dz. U. 2020 poz. 666 oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci
 Zgodnie z Dz. U. 2020 poz. 666 oświadczam, że nie upoważniam nikogo do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1966 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. Z 2018 r. poz. 617 z późn. zm.).

.....
Data złożenia oświadczenia

.....
Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego