

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Upoważnienie

imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

dowód osobisty pacjenta: seria i numer

dowód osobisty pacjenta wydany przez

adres pacjenta

imię i nazwisko osoby upoważnionej

adres osoby upoważnionej

PESEL osoby upoważnionej

dowód osobisty osoby upoważnionej: seria i numer

dowód osobisty osoby upoważnionej wydany przez

Dokumentacja medyczna pacjenta jest prowadzona przez MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

Upoważniam wskazaną osobę do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, uzyskiwania odpisów, wypisów oraz kopii dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

Zakres niniejszego upoważnienia obejmuje* (proszę zaznaczyć właściwe):

☐ całość dokumentacji medycznej

☐ wybrany fragment dokumentacji medycznej

(wskazać dokumentację – badanie – jakiego dotyczy upoważnienie)

data, miejscowość i czytelny podpis pacjenta

Brak upoważnienia

Oświadczenie o braku upoważnienia

imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

dowód osobisty pacjenta: seria i numer

dowód osobisty pacjenta wydany przez

adres pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

data, miejscowość i czytelny podpis pacjenta