

PRIMOMEDICA

UPOWAŻNIENIE DO UDZIELENIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA/DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/DO ODEBRANIA RECEPTY/ZLECENIA*

Dane pacjenta:

Imię: Nazwisko:

PESEL: Nr tel.:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

.....

☐ Nie upoważniam nikogo

☐ Upoważniam Panią/Pana:

Imię: Nazwisko:

PESEL/Data urodzenia: Nr tel.:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

.....

do:

uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych* dostępu

do mojej dokumentacji medycznej** odbioru recepty/zlecenia***

.....

data czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Zgoda na leczenie

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w PRIMOMEDICA.

.....

data czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

*Właściwe podkreślić

*Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069)

**Działając na podstawie art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069)

***Działając na podstawie art.42 ust.3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.617 z późn. zm.) oraz art.15b ust.3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.123 z późn. zm.)