

Rumia, dnia.....

UPOWAŻNIENIE

Na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 Poz.417) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 Nr 252, Poz. 1697) oraz Ustawy z dnia 23 marca 2017r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017, Poz. 836) i ustawy o ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018, poz. 1000 z dnia 18 maja 2018) oraz RODO:

Ja niżej podpisany/a

Legitymujący/a się dokumentem tożsamości:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Tel. kontaktowy:

1. wyrażam zgodę na leczenie i badania diagnostyczne w Przychodni Panaceum Sp. z o.o.

2. oświadczam, że do:

- uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach
- uzyskania dokumentacji medycznej
- uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

a) nie upoważniam nikogo*;

b) upoważniam*;

Imię i nazwisko:

Legitymującego/ej się dokumentem tożsamości:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Tel. kontaktowy:

*właściwe podkreślić

.....
(czytelny podpis pacjenta)