Formularz udostępniania dokumentacji medycznej

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta: …….

Adres: ……...

PESEL: | | | | | | | | | | |

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Mościckim Centrum Medycznym spółka z o.o.
przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię: ……..

Data urodzenia: ……

Adres: ……...

Telefon: ……...

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania mojej dokumentacji medycznej, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię: ……..

Data urodzenia: ……

Adres: ……...

Telefon: ……...

Pacjenta poinformowano o możliwości zmiany złożonych oświadczeń w dowolnym czasie, a także o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

…… ……

data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie *data i podpis pacjenta/przedstawiciel ustawowy*

MCM/ONR/193.2/2022

* niepotrzebne skreślić