

OŚWIADCZENIA PACJENTA

JaPESEL.....
(imię i nazwisko) Tel:

wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne
w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PROVITA
Spółka z o.o. ul. Powstańców Wlkp.2A, 89-410 Więcbork.



Do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych

upoważniam / nie upoważniam *

1. 2.
(imię i nazwisko) (imię nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, telefon) (adres zamieszkania, telefon)

Do uzyskania dokumentacji medycznej **upoważniam / nie upoważniam ***

1. 2.
(imię i nazwisko) (imię nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, telefon) (adres zamieszkania, telefon)

Do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji prawa do świadczeń,

upoważniam / nie upoważniam *

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

lub

upoważniam / nie upoważniam * dowolną osobę która się po nie zgłosi.

- Wyżej wymienione zgody są ważne do czasu odwołania .
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
(podpis)

* *Niepotrzebne skreślić*

Upoważnienie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2011 nr 277, poz. 1634 z późn zm.)