PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU" SP. Z O.O.
UL. JAWORZNIAKÓW 37 80-180 GDAŃSK

UPOWAŻNIENIE DO WYDAWANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO _____
PESEL _____
ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

JA, NIŻEJ PODPISANY/A UPOWAŻNIAM/NIE UPOWAŻNIAM:

PANIĄ/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO _____
PESEL _____
ADRES ZAMIESZKANIA _____
NR TEL. _____

PANIĄ/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO _____
PESEL _____
ADRES ZAMIESZKANIA _____
NR TEL. _____

ZAKRES UPOWAŻNIENIA:

1. **UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

□ UPOWAŻNIAM □ NIE UPOWAŻNIAM

2. **UZYSKIWANIE MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI**

□ UPOWAŻNIAM □ NIE UPOWAŻNIAM

3. **ODBIORU MOICH RECEPT/SKIEROWAŃ**

□ UPOWAŻNIAM □ NIE UPOWAŻNIAM

UPOWAŻNIENIE DOTYCZY DANYCH PRZECHOWYWANYCH PRZEZ PODMIOT MEDYCZNY: PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU" SP. Z O.O.
PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, IŻ PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU" SP. Z O.O. JEST ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA CELÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH.

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA