

Oświadczenie/Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany(a):

PESEL:

zamieszkały(a) w:

legitymujący(a) się dokumentem:

niniejszym upoważniam

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji inwidualnej 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 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

do:
1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, TAK/NIE
za życia i po śmierci

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK/NIE

z: PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO, PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ,
PORADNIA (GABINET) POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ, PORADNIA DERMATOLOGICZNA, PORADNA OKULISTYCZNA.

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Załącznik do Historii Choroby

Oświadczenie

Imię i nazwisko PESEL

Adres.....

Na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z dn. 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (art. 30 ust.1 utawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. nr. 52, poz 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. nr. 96, poz. 620)

WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzanie badania lub udzielene innego świadczenia zdrowotnego w tutejszym Zakładzie Opieki Zdrowotnej

UPOWAŻNIAM oraz wyrażam zgodę o udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko PESEL

Adres..... telefon

UPOWAŻNIAM do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko PESEL

Adres.....telefon

NIE UPOWAŻNIAM nikogo do otrzymania informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia, dokumntacji medycznej

NIE UPOWAŻNIAM nikogo do przekazania mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

.....
podpis osoby odbierającej oświadczenie

.....
data i czytelny podpis