

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Pesel/Data urodzenia ..... Telefon kontaktowy .....

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069) oświadczam, że:

### Upoważniam niniejszym

1) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia\* .....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

2) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia\* .....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

3) Pana/Panią..... Nr PESEL/data urodzenia\* .....

*\* data urodzenia w przypadku braku nadanego nr pesel*

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon .....

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w Magodent Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach Magodent Sp. z o.o.

### Nie upoważniam nikogo

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w Magodent Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach Magodent Sp. z o.o.

### Odwołuję upoważnienia dla

wyżej wskazanych osób  .....  
*Imię i nazwisko osoby upoważnionej*

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, z dniem .....

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, z dniem .....

### Upoważniam do odbioru recept/zleceń na wyroby medyczne w poradni POZ

Oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, a w przypadku recepty w postaci elektronicznej –wydruk mogą być odebrane przez wskazane wyżej osoby

### Oświadczenia składane przez przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej\*\*

*\*\*wymagane potwierdzenia poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np. z sądu opiekuńczego*

.....  
*Imię i nazwisko osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej*

.....  
*Pesel/Data urodzenia*

UWAGI .....

.....  
(data i podpis pracownika wypełniającego wniosek \*\* )

.....  
(data i podpis pacjenta)

\*\*wymagany w przypadku złożenia wniosku w formie ustnej