

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ,
ODBIORU RECEPT**

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL..... Telefon kontaktowy

*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że

Upoważniam niniejszym

1) Pana/Panią..... Nr PESEL.....

*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon

2) Pana/Panią..... Nr PESEL.....

*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon

3) Pana/Panią..... Nr PESEL.....

*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Wyrażam sprzeciw

Do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o. po mojej śmierci

Do dostępu, do dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach LUX MED Onkologia Sp. z o.o. przez moich bliskich po mojej śmierci

Nie upoważniam nikogo

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w jednostkach LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

Odwwołuję upoważnienie dla

Wyżej wskazanych osób dla osoby

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 potwierdzenie poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np.: z sądu opiekuńczego

.....
Imię i Nazwisko osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej

.....
PeSEL/Data urodzenia

Uwagi:.....

.....
Data, czytelny podpis pracownika wypełniającego wniosek

.....
data, czytelny podpis pacjenta