

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

DANE PACJENTA:

Imię

Nazwisko

PESEL

Oświadczam, że:

Nie upoważniam nikogo

.....

(podpis)

Upoważniam Panią/Pana

.....

do:

1. Zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych.
2. Uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych, także po mojej śmierci.
3. Odbioru wystawianych dla mnie wyników badań, recept, skierowań na badania dodatkowe, zaświadczeń lekarskich oraz opinii lekarskiej.

Data, podpis.....

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania dokumentacji medycznej.

Szczegółowa informacja w zakresie art. 13 RODO oraz zasad przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie www.swietarodzina.com.pl