

## Oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej

.....  
imię i nazwisko Pacjenta / Pacjenta niepełnoletniego\* PESEL:

.....  
\* imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego  
(w przypadku pacjenta niepełnoletniego wypełnia rodzic/opiekun  
prawny) PESEL:

.....  
\* imię i nazwisko drugiego rodzica lub opiekuna prawnego adres do korespondencji

### I. Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Panią/Pana .....  
zamieszkałą/ego .....  
tel. kontaktowy..... e-mail:.....

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta

### II. Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana .....  
zamieszkałą/ego .....  
tel. kontaktowy..... e-mail:.....

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta

### III. Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu (odpowiednie zaznaczyć):

do informacji o moim stanie zdrowia     do dokumentacji medycznej     nie dotyczy

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta

### IV. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dot. wyników badań, dokumentów i innych informacji medycznych za pomocą (prosimy o wybór jednej opcji):

**WYNIK BADANIA NA PLATFORMIE E-GENESIS** (badania zlecone w Poradni Genetycznej)

E-WYNIK<sup>1</sup>

ODBIÓR OSOBISTY

e-mail: ..... telefon kom.:.....

<sup>1</sup> koniecznym jest zarejestrowanie konta w serwisie e-GENESIS

**WYNIK BADANIA NA PODSTAWIE NUMERU ZLECENIA** (badania zlecone prywatnie)

ONLINE<sup>2</sup>

ODBIÓR OSOBISTY

e-mail<sup>2</sup>: ..... telefon kom.<sup>2</sup>:.....

<sup>2</sup> zgadzam się, aby na wskazany powyżej nr telefonu komórkowego/adres e-mail **przesłano kod zlecenia do odczytu wyniku badania genetycznego w wersji online**. W celu odbioru wyniku badania genetycznego należy odwiedzić stronę: <http://www.genesis.pl/e-wynik>.

UWAGA: Lekarz specjalista genetyk zastrzega sobie prawo do osobistego wydania wyniku i dokumentacji medycznej podczas wizyty w Poradni Genetycznej. Jeśli Pacjent nie odbierze dokumentacji medycznej za pomocą e-wyniku, w terminie do 1 m-ca, dokumentacja będzie możliwa do odbioru **tylko osobiście w siedzibie Poradni Genetycznej w Poznaniu**.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta

### V. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie kompleksowego świadczenia zdrowotnego.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta