

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 **Pacjenta**

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

Panią/Pana
zamieszkałą/ego
tel. kontaktowy.....

.....
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.....

.....
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 na podstawie numeru zlecenia:

ONLINE¹ ODBIÓR OSOBISTY

telefon kom¹.....

¹ zgadzam się, aby na wskazany powyżej nr telefonu komórkowego **przesłano kod zlecenia do odczytu wyniku badania genetycznego** w wersji online. W celu odbioru wyniku badania genetycznego należy odwiedzić stronę: <https://wyniki.diag.pl/>.

UWAGA: Lekarz specjalista genetyk zastrzega sobie prawo do osobistego wydania wyniku i dokumentacji medycznej podczas wizyty w Poradni Genetycznej.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

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

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość podanych danych osobowych zamieszczonych w załączonych dokumentach

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta