Centra Genetyki Medycznej GENESIS Sp. z o.o.
ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań
(9 piętro, budynek Nobel Tower)
tel. 61 62 63 436, fax. 61 851 66 46,
Infolinia: 601 305 306, www.genesis.pl

Oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej

…… PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

imię i nazwisko Pacjenta / Pacjenta niepełnoletniego*

…… PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

…… ……

* 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.....

_____
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:

☐ ONLINE[1] ☐ ODBIÓR OSOBISTY

telefon kom[1]……

[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

<u>Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość podanych danych osobowych zamieszczonych w załączonych dokumentach</u>

_____
Data i czytelny podpis Pacjenta

wyd.12, 04.08.2023r.

.