

Oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej

.....PESEL:

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

Dane dziecka:.....PESEL:

(imię i nazwisko)

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-WYNIK¹

ODBIÓR OSOBISTY

e-mail: telefon kom.:

¹ koniecznym jest zarejestrowanie konta w serwisie e-GENESIS

WYNIK BADANIA NA PODSTAWIE NUMERU ZLECENIA (badania zlecone prywatnie)

ONLINE²

ODBIÓR OSOBISTY

e-mail²: telefon kom.²:

² 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