

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
dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

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):

☐ PRZESYŁKA LISTOWA ☐ E-WYNIK* ☐ ODBIÓR OSOBISTY

e-mail:

koniecznym jest zarejestrowanie konta w serwisie e-GENESIS*

UWAGA: Lekarz specjalista genetyk zastrzega sobie prawo do osobistego wydania wyniku i dokumentacji medycznej podczas wizyty w Poradni Genetycznej. Jeśli nie odbiorę dokumentacji medycznej osobiście lub za pomocą e-wyniku, w terminie do 1 m-ca, wyrażam zgodę na przesłanie ww. dokumentów listem poleconym na wskazany poniżej adres:

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta

V. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielonego innego świadczenia zdrowotnego.

Data i czytelny podpis Pacjenta

wyd.7, 29.05.2018r.