



.....
Data i miejscowość

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA
INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/na

Nr PESEL upoważniającego

*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

Dokument potwierdzający tożsamość:

RodzajNumer

Data ważnościKraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

**Imiona i nazwisko dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej.....

**Nr PESEL dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej (dla noworodka - numer PESEL matki).....

W przypadku dzieci / osób ubezwłasnowolnionych, które nie mają nadanego numeru PESEL

(nie dotyczy noworodków):.....

Data urodzenia.....

Dokument potwierdzający tożsamość:

RodzajNumer.....

Data ważnościKraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w:**

Placówce MegaMed Sp. z o.o.

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* dokumentacji medycznej dotyczących świadczeniach zdrowotnych udzielonych w:**

Placówce MegaMed Sp. z o.o.





Upoważniam niniejszym

Pana / Panią

Nr PESEL /data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon

Pana / Panią.....

Nr PESEL /data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną: Telefon

Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w:

Placówce MegaMed Sp. z o.o.

Do uzyskiwania mojej / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* dokumentacji medycznej sporządzonej w:

Placówce MegaMed Sp. z o.o.

Do umawiania / modyfikacji / odwoływania wizyt w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach moich / mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

** zakreślić właściwe*

*** wypełnić jeśli dotyczy*

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjent

