

WZÓR UPOWAŻNIEŃ DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Jeżeli upoważnia pacjent:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne ale zalecane)*:

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

- upoważniam wyżej wymienioną osobę
- nie upoważniam nikogo

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

- a) W pełnym zakresie/ w zakresie ograniczonym do
.....
.....
- b) wyłącznie w Ortho-Lux Centrum Ortodoncji i Stomatologii Estetycznej Małgorzata Sobolewska- Siemieniuk/ w Ortho-Lux Centrum Ortodoncji i Stomatologii Estetycznej Małgorzata Sobolewska- Siemieniuk oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Imię i Nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Data i podpis Pacjenta

****PESEL, seria i numer dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego***

Jeżeli upoważnia przedstawiciel ustawowy:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne ale zalecane)*:

Działając jako przedstawiciel ustawowy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

- upoważniam wyżej wymienioną osobę
- nie upoważniam nikogo

do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta pozostającego pod moją opieką:

- c) w pełnym zakresie/ w zakresie ograniczonym do

.....
.....

- d) wyłącznie w Ortho-Lux Centrum Ortodontji i Stomatologii Estetycznej Małgorzata Sobolewska- Siemieniuk/ w Ortho-Lux Centrum Ortodontji i Stomatologii Estetycznej Małgorzata Sobolewska- Siemieniuk oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Imię i Nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Imię i Nazwisko Przedstawiciela ustawowego:

Adres miejsca zamieszkania:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości przedstawiciela ustawowego (opcjonalne ale zalecane)*:

Data i podpis Przedstawiciela ustawowego

**** PESEL, seria i numer dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego***