

Załącznik nr 1

do Instrukcja wydawania recept, zleceń na wyroby medyczne, wyników badań diagnostycznych oraz dostępu do dokumentacji medycznej i jej uzyskiwania z dnia 14 września 2015 r.

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejsowość i data

.....
PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Jako pacjent
oznaczenie podmiotu leczniczego

1. do uzyskiwania dokumentacji medycznej i dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby **upoważniam ***

.....
.....

Imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych

nie upoważniam nikogo*

2. do odbioru wyników badań diagnostycznych, recept i zleceń na wyroby medyczne **upoważniam***

.....
.....

Imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych

nie upoważniam nikogo*

3. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych **upoważniam***

.....
.....

Imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych

nie upoważniam nikogo*

Upoważnienie powyższe **dotyczy*/nie dotyczy*** również dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

Upoważnienie niniejsze udzielone jest:

- bezterminowo*
- na czas określony do dnia*

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
* niepotrzebne skreślić



Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim
ul. Morcinka 7, 59-600 Lwówek Śląski

Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu
IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
nr KRS: 0000315228, Kapitał zakładowy: 2 040 000,00 zł
NIP 6161528548, REGON 020832110
Tel. 75 782 01 04 , fax 75 782 44 32



Certyfikat ISO 9001:2008

e-mail sekretariat@pczlwowek.pl , www.pczlwowek.pl