

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

Imię i nazwisko Pacjenta:

nr PESEL

*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest upoważniona osoba inna niż Pacjent (przedstawiciel ustawowy ,pełnomocnik)

Imię i nazwisko:

Nr PESEL

1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH PACJENTOWI

Nie upoważniam nikogo Upoważniam

Pana / Panią (Imię i nazwisko)

Dane kontaktowe (adres/numer telefonu):

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez: personel medyczny Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci.

2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie upoważniam nikogo Upoważniam

Pana / Panią (Imię i nazwisko)

Dane kontaktowe (adres/numer telefonu):

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez: personel medyczny Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.

3. ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA I UDZIELENIE INNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy.

..... dn.
(miejscowość)

.....
podpis osoby składającej wniosek