

Dane pacjenta

imię i nazwisko:

data urodzenia, pesel:

adres zamieszkania:

1. Niniejszym upoważniam Pana / Panią:

.....
(imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy)

.....
(imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy)

a) uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w RCM Lubimed.pl.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

b) uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w RCM Lubimed.pl, w tym także na wypadek mojej śmierci.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

2. Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do:

a) uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w RCM Lubimed.pl

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

b) uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w RCM Lubimed.pl, w tym także na wypadek mojej śmierci.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Niniejsze oświadczenie podpisuję będąc w pełni władzy umysłowej, po przedstawieniu mi w sposób jasny i zrozumiały przez personel RCM Lubimed.pl informacji o moich uprawnieniach w zakresie oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Podstawa prawna:

Na podstawie §8 pkt 1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r.w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U z 2015 r., poz. 2069)