

OŚWIADCZENIE PACJENTA **w sprawie upoważnienia do odbioru wyników badań diagnostycznych**

Pracownia: RTG, USG, OCT, EEG, EKG, spirometrii, perymetrii,
densytometrii, audiometrii, Centralne Laboratorium Analityczne
w SPZLA „Moja Przychodnia” w Katowicach – **odpowiednie wpisać**

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczą wyniki badań diagnostycznych

PESEL

Adres:, numer telefonu

OŚWIADCZAM, ŻE: (proszę o zaznaczenie wybranej pozycji znakiem „X”)

Upoważniam do odbioru **moich** wyników badań diagnostycznych

Jako przedstawiciel ustawowy pacjenta **upoważniam** do odbioru wyników badań diagnostycznych

Nie upoważniam NIKOGO do odbioru **moich** wyników badań diagnostycznych

Jako przedstawiciel ustawowy **nie upoważniam NIKOGO** do odbioru wyników badań diagnostycznych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

Pesel lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

Pesel lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

data, czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022, poz. 1344),

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2022 r., poz. 1731)

Wszelkie informacje o osobach upoważnionych przez pacjenta wykorzystywane będą wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych – „RODO”.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

Adres, nr telefonu

OŚWIADCZAM, ŻE: (proszę o zaznaczenie wybranej pozycji znakiem „X”)

Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

Upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (również w przypadku śmierci)

Upoważniam do odbierania recept, w tym kodów recept elektronicznych

Nie upoważniam NIKOGO do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (również w przypadku śmierci)

Jednocześnie oświadczam, że zwalniam SPZLA „Moja Przychodnia” w Katowicach z obowiązku zachowania tajemnicy moich danych osobowych w zakresie objętym upoważnieniem

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

Pesel lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

Pesel lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

.....
data, czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022, poz. 1344),

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2022 r., poz. 1731)

Wszelkie informacje o osobach upoważnionych przez pacjenta wykorzystywane będą wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych – „RODO”.