

.....
Data i miejscowość

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

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL/data urodzenia:

*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba ubezwłasnowolniona/maleoletnia):

Imiona i nazwisko:

nr PESEL/data urodzenia:

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

Nie upoważniam nikogo Upoważniam:

Pana /Panią

Nr PESEL /data urodzenia

dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez:

wszystkie placówki LUX MED

placówkę LUX MED:
(nazwa placówki)

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

Nr PESEL /data urodzenia

Upoważnienie dotyczy dokumentacji wytworzonej przez:

wszystkie placówki LUX MED

placówkę LUX MED:
(nazwa placówki)

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

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* wypełnić jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

t: 22 450 50 05
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
ni KRS: 0000265353

NIP: 527 252 30 80
REGON: 140723603
Wysokość kapitału zakładowego: 546.728.500,00 zł

Jesteśmy częścią

