MEDGEN
centrum medyczne

MedGen
ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A
02-954 WARSZAWA
Tel: 501 377 150
email: diagnostyka@medgen.pl

Imię i nazwisko Pacjenta: ……..

PESEL Pacjenta: ……..

UPOWAŻNIENIE

Ja, ...,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna ustawowego

o numerze PESEL: .....,

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana .....
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu
……

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email……

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna ustawowego, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana .....
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu
……

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email……

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna ustawowego, data

<u>Nie upoważniam</u> żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna ustawowego, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 16 kwietnia 2024 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2024 nr 798).