



FORMULARZ

F-6/I

Wydanie 6

UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI I/LUB
UDZIELANIA INFORMACJI

Strona: I

Stron: I

Data: 17.05.2019

Dane pacjenta:

.....
Imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
adres email

.....
nr telefonu kontaktowego

ODBIÓR DOKUMENTACJI

Nie upoważniam żadnej osoby do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr telefonu osoby upoważnionej

.....
data i czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Sprawdzono dane osoby upoważnionej

Stwierdzono przyjęcie upoważnienia

.....
data i czytelny podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis pracownika