



# FORMULARZ

F-6/I

Wydanie 8

UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI I/LUB  
UDZIELANIA INFORMACJI

Strona: I

Stron: I

Data: 23.06.2020

## 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

Wyrażam zgodę na przesłanie zaszyfrowanego opisu badania drogą elektroniczną na wskazany poniżej adres mail:

.....  
adres mail

.....  
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