



polskiezdrowie

CENTRUM MEDYCZNE

Miejscowość, data

CENTRUM MEDYCZNE POLSKIE ZDROWIE

05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Sienkiewicza 45

UPOWAŻNIENIE DO INFORMOWANIA O STANIE ZDROWIA

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta / dziecka

Nr PESEL

Telefon / e-mail

Adres zamieszkania

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO INFORMACJI

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Nr PESEL

Nr dokumentu tożsamości

Telefon kontaktowy

Stopień pokrewieństwa / relacja

TREŚĆ UPOWAŻNIENIA

Ja, niżej podpisany(-a), upoważniam wskazaną powyżej osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, przebiegu leczenia, wynikach badań, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych oraz leczniczych, rokowaniu, a także innych informacjach związanych z udzielaniem mi świadczeń zdrowotnych w Centrum Medycznym Polskie Zdrowie.

Zakres upoważnienia:

pełny

ograniczony do:

Upoważnienie może zostać odwołane przez pacjenta w każdym czasie.

SPOSÓB PRZEKAZYWANIA INFORMACJI

osobiście w placówce

telefonicznie po weryfikacji tożsamości

inny:

CZAS OBOWIĄZYWANIA

jednorazowo

bezterminowo

do dnia

Oświadczam, że dane podane w upoważnieniu są zgodne z prawdą.

data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie