

Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

1. Pacjent ma prawo do upoważnienia do jego dokumentacji medycznej dowolnej liczby osób.
2. Pacjent ma prawo do odwołania upoważnienia w dowolnym momencie.
3. Pacjent ma prawo do nieupoważnienia żadnej osoby do jego dokumentacji medycznej oraz do wskazania osób, którym jego dokumentacja medyczna nie będzie udostępniana.
4. Upoważnienie będzie obowiązywało w **Fizjomedica Gabinet Fizjoterapii Patryk Wiśniewski, z siedzibą w Ciechanowie 06-400, ul. Maksymiliana Marii Kolbe 68/U4**

Ciechanów, dnia

DANE PACJENTA:

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. PESEL lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości

.....
.....

3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....
.....

UPOWAŻNIAM DO DOSTĘPU DO MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NASTĘPUJĄCĄ OSOBĘ/OSOBY:

.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko oraz nazwę i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

..... (czytelny podpis Pacjenta)

ZAKRES UPOWAŻNIENIA:

.....
.....
.....

..... (czytelny podpis Pacjenta)

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

..... (czytelny podpis Pacjenta)

Sprzeciwiam się udostępnianiu mojej dokumentacji medycznej następującej osobie/osobom:

.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko oraz nazwę i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

..... (czytelny podpis Pacjenta)