

Nr księgi:

....., dnia.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres pacjenta

Upoważnienie osoby trzeciej do dostępu do dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany(-a), upoważniam Pana(-ią)....., mojego(-ją).....,
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (stosunek bliskości)
zamieszkałego(-ą), nr telefonu:.....
(adres)

Legitymującego(-cą) się dowodem osobistym serianr..... wydanym
przez, do dostępu do odpisów lub kopii mojej
dokumentacji medycznej.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697).

Na podstawie art. 26 ust. 1 ww. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz 417, z późn. zm.)

Oświadczam, iż nie wyrażam zgody na dostęp do odpisów lub kopii mojej dokumentacji medycznej osobom trzecim.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym ich udostępnianie w celach rozliczeniowo-sprawozdawczych oraz naukowych przez Asklepios B. P. sp z o.o. w Rzeszowie (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 101 z 2002 r. , poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany(-a) o prawie wglądu do moich danych oraz złożenia wniosku o ich poprawienie.

.....
Czytelny podpis pacjenta