



CENTRUM MEDYCZNE

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU
LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. ☎ 22 23 07 007- Call Center (umawianie wizyt)

Pieczątką jednostki organizacyjnej

Imię i nazwisko przyjmującego oświadczenie

Data

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL*	Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że**

- upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w CM ENEL-MED SA.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	PESEL*
Adres osoby upoważnionej	Numer telefonu osoby upoważnionej

- nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w CM ENEL-MED SA.

UZYSKIWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że**

- upoważniam na stałe (do odwołania)** do odbioru z CM ENEL-MED SA mojej dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	PESEL*
------------------------------------	--------

- nie upoważniam** nikogo do odbioru dokumentacji medycznej z CM ENEL-MED SA.

Miejscowość, data

Podpis pacjenta

* W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

** Właściwie zaznaczyć

Podstawa prawna - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)

z. 1231/2013. Wersja z dnia 22.08.2013 „**DRUK**” Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

CENTRUM MEDYCZNE

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU
LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. ☎ 22 23 07 007- Call Center (umawianie wizyt)

Pieczątką jednostki organizacyjnej

Imię i nazwisko przyjmującego oświadczenie

Data

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL*	Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że**

- upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w CM ENEL-MED SA.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	PESEL*
Adres osoby upoważnionej	Numer telefonu osoby upoważnionej

- nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w CM ENEL-MED SA.

UZYSKIWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że**

- upoważniam na stałe (do odwołania)** do odbioru z CM ENEL-MED SA mojej dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	PESEL*
------------------------------------	--------

- nie upoważniam** nikogo do odbioru dokumentacji medycznej z CM ENEL-MED SA.

Miejscowość, data

Podpis pacjenta

* W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

** Właściwie zaznaczyć

Podstawa prawna - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)

z. 1231/2013. Wersja z dnia 22.08.2013 „**DRUK**” Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40