

Med-dom Sp. z o.o.

Niebylec 224, 38-114 Niebylec
tel. 605 428 451, fax 17 27 73 195
REGON 365972571, NIP 8191667037

Imię i nazwisko pacjenta:	
Adres zamieszkania:	
PESEL:	

Ja niżej podpisany/podpisana *upoważniam/nie upoważniam** do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci;

Jednocześnie ustanawiam następującą(e) osobę(y) do:

a) Udzielania informacji o moim stanie zdrowia:

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

b) Dostępu do mojej dokumentacji medycznej, także po śmierci:

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)

Stwierdzam, że zostałem poinformowany o moim prawie do:

1. Informacji o swoim stanie zdrowia,
2. wyrażenia zgody lub odmowie na określone badania i świadczenia zdrowotnej
3. bezpłatnego udzielania świadczeń

na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

miejsowość, data

podpis pacjenta

**właściwe podkreślić*