Maj-Dent

Przychodnia Stomatologiczna
ul. Żołny 42, 02-815 Warszawa

dokumentacja@maj-dent.pl | 22 894 40 76 | 502 227 200

Upoważnienie do dokumentacji medycznej

Do złożenia wniosku, dostępu do dokumentacji i jej odbioru w zakresie wskazanym poniżej.

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko: _____

PESEL, a jeśli go nie nadano: data urodzenia oraz rodzaj i numer dokumentu tożsamości: _____

_____

2. Osoba udzielająca upoważnienia

☐ Pacjent wskazany powyżej ☐ Jego przedstawiciel ustawowy

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeśli dotyczy: _____

Podstawa przedstawicielstwa (np. rodzic posiadający władzę rodzicielską): _____

3. Osoba upoważniona

Imię i nazwisko: _____

Dane odróżniające osobę (np. data urodzenia lub rodzaj i numer dokumentu): _____

_____

4. Zakres upoważnienia

Upoważniam wskazaną osobę do składania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej prowadzonej w Maj-Dent, do wglądu w nią oraz do otrzymywania jej kopii, wydruków, wyciągów, odpisów i wersji elektronicznych w poniższym zakresie:

☐ Całość dokumentacji

☐ Wyłącznie następujące dokumenty / okres:

_____

☐ Jednorazowo, do realizacji wskazanego wniosku

☐ Do odwołania ☐ Do dnia: _____

Data: _____ Podpis udzielającego upoważnienia: _____

Osoba upoważniona nie musi być członkiem rodziny. Wzór nie jest obowiązkowy i nie zastępuje weryfikacji uprawnienia. Nie jest wymagane notarialne poświadczenie podpisu. Upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej; nie obejmuje zgody na leczenie.