MEDICOVER

UPOWAŻNIENIE STAŁE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

© Medicover D/6

pieczątka przychodni Medicover

..... dnia ..... roku
miejscowość

Ja niżej podpisany ..... MRN .....
imię i nazwisko — nr abonamentu Medicover

PESEL* / data urodzenia .....

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ("Ustawa")

Oświadczam, że do otrzymywania **informacji o stanie zdrowia** mojego/mojego dziecka**

....
imię i nazwisko dziecka — Pesel* lub data urodzenia dziecka — MRN dziecka

i udzielonych świadczeniach medycznych

☐ nie upoważniam nikogo

☐ upoważniam Pana/Panią .....

Dane osoby upoważnionej

PESEL* / data urodzenia ..... Telefon kontaktowy .....

Adres .....

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

Do uzyskiwania mojej /mojego dziecka** **dokumentacji medycznej** a w szczególności; wyników badań, recept, wyników konsultacji

☐ nie upoważniam nikogo

☐ upoważniam Pana/Panią .....

Dane osoby upoważnionej

PESEL* / data urodzenia ..... Telefon kontaktowy .....

Adres .....

☐ Świadomy, iż zgodnie z postanowieniami Ustawy po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniana jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, a także osobie bliskiej pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się pacjent, **oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.**

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu ..... roku

.....
czytelny podpis pracownika Medicover sp. z o.o.
stwierdzającej własnoręczność podpisu

WAŻNE! Informujemy o możliwości złożenia w/w oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta IKP. Informujemy, iż oświadczenia złożone za pośrednictwem IKP będą skuteczne w stosunku do wszystkich wskazanych przez Panią / Pana podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Nadto informujemy, iż za pośrednictwem IKP mają państwo możliwość weryfikacji zakresu złożonych oświadczeń, ich modyfikowania oraz odwołania, w każdym momencie.

Upoważnienie zostało anulowane dnia ..... **przez**.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

PESEL*/ data urodzenia .....

.....
czytelny podpis pracownika Medicover sp. z o.o.

*W przypadku osób nie posiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

** Niepotrzebne skreślić