

Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / matką / ojcem nieletniego:

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię pacjenta

Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Numer PESEL:

Data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

i posiadam pełną, niczym nie ograniczoną władzę rodzicielską. Jednocześnie podaję moje dane kontaktowe w celu kontaktu telefonicznego, e-mailowego lub sms dotyczącego umawianych wizyt, informowania o ich zmianach, a także o innych informacjach niezbędnych do świadczenia usług przez Osteomed Sp. z o.o. z siedzibą w Rzeszowie, przy ul. Leszka Czarnego 4D, 35-615 Rzeszów.

Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja,

(imię i nazwisko)

upoważniam\* Pana/-ią

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(telefon kontaktowy)

(PESEL lub data urodzenia)

Nie upoważniam nikogo innego\*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w firmie Osteomed Sp. z o.o. z siedzibą w Rzeszowie

Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja, (imię i nazwisko)

Oświadczam, że  
upoważniam\* Pana/-ią

zamieszkałego/a

Nie upoważniam nikogo innego\*

do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w firmie Osteomed Sp. z o.o. z siedzibą w Rzeszowie