

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TESTDNA sp. z o.o. Sp.k.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F. Bocheńskiego 38 A
40-859 Katowice
000000169696

Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną:
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01

Dane identyfikujące komórkę organizacyjną:
Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - 001

PACJENT

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie i podpis):

upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez w/w podmiot leczniczy

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

1

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

2

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Data i podpis

!

Pole wymagane do podpisu, niezależnie
czy się kogoś upoważnia, czy też nie

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie i podpis):

upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z w/w podmiotu leczniczego

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

1

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

2

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z w/w podmiotu leczniczego

Data i podpis

!

Pole wymagane do podpisu, niezależnie
czy się kogoś upoważnia, czy też nie

Powyższe oświadczenie dotyczy również konsultacji lekarskiej