

## Indywidualna dokumentacja pacjenta

W związku z koniecznością podania danych osobowych do założenia karty pacjenta, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przekazuję następujące informacje:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Nr PESEL: \_\_\_\_\_ Oddział NFZ: \_\_\_\_\_

Inny rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL: \_\_\_\_\_

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 Estetika Cierplikowski&Delmaczyński Sp.j. w Rzeszowie

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis pacjenta

## 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)

\_\_\_\_\_

oświadczam, że

**upoważniam** \* Pana/-ią \*właściwe zaznaczyć

\_\_\_\_\_

zamieszkałego/ą

\_\_\_\_\_

**nie upoważniam nikogo innego** \*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Estetika Cierplikowski&Delmaczyński Sp. j. w Rzeszowie.

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis pacjenta

## 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 \*właściwe zaznaczyć

\_\_\_\_\_

zamieszkałego/ą

\_\_\_\_\_

**nie upoważniam nikogo innego** \*

do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Estetika Cierplikowski&Delmaczyński Sp. j. w Rzeszowie.

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis pacjenta