**PRZYCHODNIA LEKARSKA WA-MED**

**UL. KRYŃSKA 32, 16-010 WASILKÓW**

**TEL. 85-71-85-222; 85-71-86-555**

**NIP 966-151-94-71, REGON 05069817700020**

**10-00-01711-13-05-01/13**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko, PESEL pacjenta****Adres zamieszkania** |  |
| **Data wystawienia upoważnienia** |  |

Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do informacji o stanie zdrowia, dokumentacji lub odbioru recept albo zleceń, należy skreślić puste pola.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane osoby upoważnionej** | **Zakres upoważnienia** (*złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej*) |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia(np. 31-12-1989)** | **Udzielanie informacji o stanie zdrowia** | **Dostęp do dokumentacji medycznej** | **Odbiór recept zaocznych lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne** |
| 1 |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 42 ust. 3 pkt. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty receptę zaoczną lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne może odebrać **dowolna osoba trzecia**, jeżeli pacjent złoży takie upoważnienie. Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do odbioru recept albo zleceń, należy skreślić puste pola. |
| Upoważniam dowolną osobę, która zgłosi się w moim imieniu, do odbioru recept lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. | Miejsce na podpis pacjenta |