

ФОРМА ЗМІНИ ДАНИХ ДОРОСЛОГО ПАЦІЄНТА

Будь ласка, заповніть документ латинським алфавітом, а не кирилицею

Ім'я та прізвище пацієнта _____

PESEL □□□□□□□□□□□□

Повідомлені зміни (вказіть, будь ласка, що саме стосується зміни):

1. ☐ Адреса проживання у Польщі

Вулиця _____ Номер будинку _____ Номер квартири _____

Поштовий індекс _____ Місто _____

2. ☐ За відсутності номера PESEL – серія та номер паспорта _____

3. ☐ Контактний номер телефону _____

4. ☐ Адреса електронної пошти _____

5. ☐ Надання згоди на надсилання результатів аналізів та/або медичної документації електронною поштою в день підписання

6. ☐ Відкликання раніше виданого дозволу на отримання інформації про стан здоров'я пацієнта та надані медичні пільги

☐ для всіх раніше уповноважених осіб ☐ для однієї раніше уповноваженої особи:

Ім'я та прізвище уповноваженої особи _____

Дата народження уповноваженої особи □□-□□-□□□□

7. ☐ Надання нового дозволу на отримання інформації про стан здоров'я пацієнта та надані медичні послуги

Ім'я та прізвище уповноваженої особи _____

Дата народження уповноваженої особи □□-□□-□□□□

8. ☐ Відкликання раніше виданого дозволу на доступ до медичної картки пацієнта

☐ для всіх раніше уповноважених осіб ☐ для однієї раніше уповноваженої особи:

Ім'я та прізвище уповноваженої особи _____

Дата народження уповноваженої особи □□-□□-□□□□

9. ☐ Надання нового дозволу на доступ до медичної картки пацієнта

Ім'я та прізвище уповноваженої особи _____

Дата народження уповноваженої особи □□-□□-□□□□

□□-□□-□□□□ _____

Дата підпису Розбірливий підпис пацієнта

