

## FORMULARZ ZMIANY DANYCH PACJENTA DOROSŁEGO

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

PESEL

**Zgłoszone zmiany** (prosimy zaznaczyć, czego zmiana dotyczy):

1. ☐ Adres zamieszkania w Polsce  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr budynku \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_
2. ☐ W przypadku braku nr PESEL – seria i numer paszportu \_\_\_\_\_
3. ☐ Nr telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_
4. ☐ Adres email \_\_\_\_\_
5. ☐ Udzielenie zgody na wysyłanie wyników badań i/lub dokumentacji medycznej drogą mailową z dniem podpisu
6. ☐ Wycofanie poprzednio udzielonego upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
☐ dla wszystkich poprzednio upoważnionych osób ☐ dla pojedynczej osoby poprzednio upoważnionej:  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej \_\_\_\_\_  
Data urodzenia osoby upoważnionej
7. ☐ Udzielenie nowego upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej \_\_\_\_\_  
Data urodzenia osoby upoważnionej
8. ☐ Wycofanie poprzednio udzielonego upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta  
☐ dla wszystkich poprzednio upoważnionych osób ☐ dla pojedynczej osoby poprzednio upoważnionej:  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej \_\_\_\_\_  
Data urodzenia osoby upoważnionej
9. ☐ Udzielenie nowego upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej \_\_\_\_\_  
Data urodzenia osoby upoważnionej

Data podpisu

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

