

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TestDNA Laboratorium Sp. z o.o.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F.Bocheńskiego 38a
40-135 Katowice
000000169696

Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną:
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01
Dane identyfikujące komórkę organizacyjną:
Poradnia genetyczna- 002

PACJENT

Nazwisko i imię:

Data urodzenia..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (w przypadku noworodka – PESEL matki a w przypadku braku -seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)

OŚWIADCZENIE 1

UPOWAŻNIAM DO INFORMOWANIA O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY W/W PODMIOT LECZNICZY,

A) Osobę* : Imię i Nazwisko PESEL.....

Adres..... Telefon.....

B) Organizację* C) Nikogo nie upoważniam*



.....
Data i podpis

* Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE 2

UPOWAŻNIAM DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z W/W PODMIOTU LECZNICZEGO

A) Osobę* : Imię i Nazwisko PESEL.....

Adres..... Telefon.....

B) Organizację* C) Nikogo nie upoważniam*



.....
Data i podpis

* Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE 3

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LUB UDZIELANIE INNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, NA ZASADACH OKREŚLONYCH W ROZDZIALE 5 USTAWY Z DN. 6/11/2008R. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA PRZEZ W/W PODMIOT LECZNICZY



.....
Data i podpis

Uwaga! podpis pacjenta wymagany jest pod każdym z 3 oświadczeń