

Karta Aktualizacji Danych Osób Upoważnionych

Na niniejszym druku prosimy o wprowadzenie zmian w wykazie Osób upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej, do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaże stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja I: Dane osobowe Pacjenta

Imię i nazwisko											
PESEL											

W sekcji II prosimy o określenie czynności (zakreślając znakiem „X”), którą Centrum Ratunkowe ma zrobić z obecnym wykazem osób upoważnionych wprowadzonych przez Państwa na Karcie Pacjenta.

Sekcja II: Określenie czynności

	Proszę o usunięcie z wykazu wszystkich osób dotychczas upoważnionych i wprowadzenie nowych osób z niniejszego formularza.
	Proszę o usunięcie z wykazu wszystkich osób upoważnionych i o niedodawanie nikogo – nie upoważniam nikogo.
	Proszę o pozostawienie w wykazie wszystkich osób dotychczas upoważnionych oraz o dodanie do wykazu nowych osób z niniejszego formularza.

W sekcji III karty prosimy o dokładne wypełnienie wykazu osób kontaktowych do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaże stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja III: Dane osób upoważnionych w przypadku zagrożenia zdrowia i życia

OSOBA #1	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #2	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #3	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #4	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz bezterminowo upoważniam osoby wymienione w Sekcji III do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz bezterminowego dostępu w pełnym zakresie do mojej dokumentacji medycznej w Centrum Ratunkowym Ekomedika (Kod res cz. V: 02, VII: 101, VIII: 0040).

Miejscowość i data

Podpis Pacjenta