

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Ja, _____
(Imię i nazwisko pacjenta lub opiekuna) _____
(Data urodzenia)

niniejszym składam do AMITA Health prośbę o przekazywanie poufnych informacji na temat mojego stanu zdrowia zgodnie z poniższymi instrukcjami:

Sposób kontaktu:

Nr domowy: _____

Nr służbowy: _____

Nr wewnętrzny: _____

Numer komórkowy: _____

Można się ze mną kontaktować poprzez wiadomości tekstowe.



Adres e-mail: _____

☐ Proszę nie kontaktować się ze mną drogą telefoniczną. To ja będę odpowiedzialny(-a) za kontakt z przychodnią.

Jeżeli nie uda się nawiązać połączenia telefonicznego: wyrażam zgodę na pozostawianie informacji na temat mojego stanu zdrowia na mojej automatycznej sekretarce lub poczcie głosowej:

Nr domowy: ☐ Tak ☐ Nie

Nr służbowy: ☐ Tak ☐ Nie

Nr komórkowy: ☐ Tak ☐ Nie

☐ Nie wyrażam zgody na pozostawianie informacji na temat mojego stanu zdrowia na mojej automatycznej sekretarce lub poczcie głosowej.

Można również przekazywać informacje na temat mojego stanu zdrowia oraz omawiać je z następującymi osobami:

Imię i nazwisko: _____ Relacja/pokrewieństwo: _____ Nr telefonu: _____

Imię i nazwisko: _____ Relacja/pokrewieństwo: _____ Nr telefonu: _____

☐ Informacje na temat mojego stanu zdrowia można przekazywać wyłącznie mnie, pacjentowi lub mojemu opiekunowi.

WYŁĄCZNIE W NAGŁYCH WYPADKACH PROSZĘ KONTAKTOWAĆ SIĘ Z:

Imię i nazwisko: _____ Relacja/pokrewieństwo: _____ Nr telefonu: (____) _____ - _____

Podpis: _____ Data: _____ / _____ / _____