

_____, __. __. 20__ r.

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE REALIZACJI PRAWA DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisana / niżej podpisany (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta*)

w zakresie dotyczącym recept lub zleceń (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej*):

☐ upoważniam do odbioru (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej*):

☐ upoważniam do odbioru dowolną osobę, która zgłosi się po receptę lub zlecenie,

☐ nie upoważniam do odbioru nikogo.

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.