

Nyilatkozat orvosi dokumentáció kiadásáról

A jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a FirstMed-FMC Kft. az általam a jelen nyilatkozat szerint megjelölt személynek, illetve módon adta át a rám vonatkozó orvosi dokumentációt, azt a részemre átadottnak kell tekinteni – személyes átadás esetén az átvétellel, e-mailben történt megküldés esetén az elküldéssel, illetve postai úton történt elküldés esetén a postára adással –, amelyre tekintettel az orvosi dokumentáció átadásával kapcsolatosan a FirstMed-FMC Kft.–vel szemben további igényt nem támaszthatok, amennyiben az alábbi kitételek be lettek tartva és az átadás miatt nem hivatkozhatok a betegadatokkal kapcsolatos jogaim megsértésére.

Kérem pipával jelölje választásait:

- Nem egyezem bele, hogy bármilyen úton elküldjék az orvosi leleteimet. Azokat minden esetben személyesen fogom átvenni.
- Beleegyezem, hogy az orvosi leleteimet erre az e-mail címre küldjék: _____
- Beleegyezem, hogy az orvosi leleteimet erre a címre küldjék postai úton, ajánlott levél formájában:

- Beleegyezem, hogy az orvosi leleteimet az itt megnevezett biztosítónak kiadják, elküldjék: _____
- Meghatalmazom az itt megnevezett személyt, hogy az orvosi leleteimet a nevemben személyesen átvehesse / emailben megkaphassa / telefonon érdeklődhessen (karikázza be a megfelelőt):

A Meghatalmazott teljes neve:

1 - _____ 2 - _____

Hozzá tartozó, családtag, barát, kolléga stb.:

1 - _____ 2 - _____

Levelezési cím:

1 - _____ 2 - _____

Telefonszám:

1 - _____ 2 - _____

Emailcím:

1 - _____ 2 - _____

Ezen nyomtatvány aláírásával hozzájárulok, hogy a FirstMed-FMC Kft. a fent meghatározottak alapján az orvosi leleteimet kiadhajta.

Beteg neve

Beteg aláírása

Dátum