

**PLNOMOCENSTVO
NA NAHLIADANIE DO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

Splnomocniteľ - pacient:

Meno a priezvisko:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo:

Splnomocnenec:

Meno a priezvisko:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo:

Splnomocniteľ – pacient svojím podpisom v súlade s § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zákon“) splnomocňuje Splnomocnenca, aby sa v plnom rozsahu oboznamoval s jeho zdravotným stavom a boli mu v celom rozsahu sprístupňované informácie a údaje z jeho zdravotnej dokumentácie vedenej u všeobecného lekára podľa § 19 ods. 3 Zákona, a to aj elektronicky na základe osobitnej žiadosti podanej všeobecnému lekárovi Splnomocnencom na týmto lekárom predpísanom tlačive.

Toto plnomocenstvo platí do odvolania a je udelené Splnomocniteľom a prijaté Splnomocnencom

v mieste: **dňa:**

.....
Podpis: **Splnomocniteľ - pacient**

(pravosť podpisu Splnomocniteľa - pacienta
musí byť podľa Zákona úradne osvedčená, inak
je plnomocenstvo neplatné)

.....
Podpis: **Splnomocnenec**