



Formulari i autorizimit të të dhënave mjekësore

Pacienti

Mbiemër: _____ Emër: _____

Ditëlindje: _____
dd/mm/vvvv

Palët e treta të autorizuara

Mbiemër _____ Emër: _____

Adresë _____
Rruga dhe numri _____ Qyteti _____ Posta _____ Shteti _____

Kontakti _____
email _____ telefon _____

Të dhënat mjekësore të autorizuara për lëshim

Iloji dhe subjekti specifik i të dhënave (dmth. në lidhje me cilën gjendje apo çështje mjekësore):

gjatë cilës periudhë kohore (datat nuk mund të kalojnë datën e kërkesës):

prej _____ deri më: _____
dd/mm/vvvv dd/mm/vvvv

për çfarë qëllimi (sa më shumë informacion të jepet, aq më mirë mund të lehtësohet kërkesa juaj):

Konfirmoj se “pala e tretë e autorizuar” e përmendur si më sipër mund të kërkojë qasje në “të dhënat mjekësore të autorizuara për lëshim” siç specifikohet më lart nga Shërbimi Mjekësor i Institucionit të Paraburgimit. Unë e kuptoj se asnjë document nuk do t’i jepet palës së tretë të autorizuar deri sa të këm pasur një proces konsultimi me oficerin mjekësor për të më ndihmuar me dhënien e pëlqimit të bazuar në informacion

Firma e pacientit: _____

Data _____