

Vekâlet – Bilgi paylaşımı konusunda yetkilendirme

Vekâlet Veren – Aşağıdaki kişiyi yetkilendiriyorum:

Ad + Soyad _____
Doğum tarihi _____
Adres _____

Vekil – Aşağıdaki kişi:

Ad + Soyad _____
Doğum tarihi _____
Adres _____

Vekil, sağlık durumumla ilgili bilgi almaya ve tıbbi kayıtlarıma erişmeye yetkilidir.

Tedavi eden doktorlar ve muayenehane personeli, vekile karşı gizlilik yükümlülüğünden muaf tutulmuştur.

Bu yazılı vekâlet, vekâlet veren tarafından geri çekilene kadar geçerlidir.

Yer, Tarih:

Vekâlet verenin imzası:

Vekil kişiler geçerli kimlik belgesi ile veya telefon görüşmelerinde sözlü kimlik doğrulaması ile kendilerini kanıtlamak zorundadır. Vekâlet veren geçerli bir kimlik fotokopisini bu form ile birlikte sunmalıdır.

MPA tarafından doldurulacaktır: Kişisel bilgilerin resmi kimlik ile uyumlu olduğunu onaylım.

MPA Adı (Name MPA): _____ Tarih (Datum): _____