****

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer roszczenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wyłącznie w celu pomocy w administrowaniu roszczenia ubezpieczeniowego poprzez firmę Cannon Cochran Management Services, Inc., niniejszym upoważniam mojego lekarza, szpital, aptekę, pracodawcę lub inne osoby lub organizacje posiadające informacje medyczne i niemedyczne, dotyczące mojego roszczenia, o zezwolenie Cannon Cochran Management Services, Inc.oraz jej przedstawicieli do wglądu, uzyskiwania odpisów, otrzymywania informacji medycznych i niemedycznych, w tym udzielonych świadczeń medycznych i/lub testów narkotykowych, na zawartość alkoholu lub testów psychiatrycznych. Wyrażam również zgodę na faksowanie mojej dokumentacji medycznej oraz omawianie szczegółów moich informacji medycznych, związanych z roszczeniem, z przedstawicielami Cannon Cochran Management Services, Inc.

Po okazaniu niniejszego upoważnienia lub jego kserokopii wyrażam zgodę na osobisty

przegląd lub kserokopię informacji przez dowolnego przedstawiciela Cannon Cochran

Management Services, Inc.

To upoważnienie pozostaje ważne przez okres mojego roszczenia, chyba że zostanie przeze mnie odwołane na piśmie.

Jako pacjent rozumiem, że kopia tego upoważnienia zostanie dostarczona na żądanie.

**TO NIE JEST ZWOLNIENIE Z ROSZCZENIA O ODSZKODOWANIE.**

Podpis pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer Social Security Pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_