

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU

Ja niżej podpisana(y) / Ja niżej podpisana(y) jak przedstawiciel ustawowy pacjenta (*podać imię i nazwisko pacjenta*)*

..... PESEL

zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

** upoważniam do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych mojego/ wyżej wymienionej osoby*

** upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej mojej / wyżej wymienionej osoby *

** - zaznaczyć krzyżykiem w odpowiedniej kratce

1.
(imię i nazwisko)

2.
(imię i nazwisko)

.....
(telefon do osoby upoważnionej)

.....
(telefon do osoby upoważnionej)

.....
(Adres osoby upoważnionej)

.....
(Adres osoby upoważnionej)

** nie upoważniam NIKOGO do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych moich / wyżej wymienionej osoby

** nie upoważniam NIKOGO do dostępu do dokumentacji medycznej mojej / wyżej wymienionej osoby.

** - zaznaczyć krzyżykiem w odpowiedniej kratce

* niewłaściwe skreślić

.....
data i czytelny podpis pacjenta lub
data, pesel i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego