

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI/INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Ja, niżej podpisany/a
(Imię i nazwisko Pacjenta)

PESEL/Data urodzenia Pacjenta*

upoważniam Pana/Panią
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

PESEL/Data urodzenia osoby upoważnionej*

Adres tel.

- do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej
 informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*)

OŚWIADCZENIE PACJENTA O BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI/INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Ja, niżej podpisany/a
(Imię i nazwisko Pacjenta)

PESEL/Data urodzenia Pacjenta*

nie upoważniam żadnej osoby bliskiej lub trzeciej do:

- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej
 informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*)

Podstawa prawna:

- art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.)
- § 8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

* niepotrzebne skreślić