

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

miejsowość i data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....

.....

adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie upoważniam nikogo / Upoważniam*

Zamieszkałego(łą) w, ul.,

posiadającego(cą) numer PESEL

do:

1. uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;
2. dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany(na) o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....

Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

*skreślić nie potrzebne