

UPOWAŻNIENIE DO ZASIEGANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOSTĘPU DO SOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja
legitymujący/a się dowodem osobistym seria numer
o numerze PESEL _____

Zgodnie z przepisem art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.) oraz § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 ze zm.):

Oświadczam, że do otrzymania **informacji** o stanie zdrowia mojego lub mojego dziecka i udzielonych świadczeń medycznych upoważniam

Pana/Panią
Legitymujący/a się dowodem osobistym seria numer

.....
Data Podpis pacjenta

Do uzyskiwania dostępu do mojej/mojego dziecka **dokumentacji medycznej**, w tym do odbioru wyciągów, odpisów lub kopii z tej dokumentacji upoważniam

Pana/Panią
Legitymujący/a się dowodem osobistym seria numer

.....
Data Podpis pacjenta

Do **odbioru wyników** badań moich/mojego dziecka upoważniam

Pana/Panią
Legitymujący/a się dowodem osobistym seria numer

.....
Data Podpis pacjenta

Na wypadek śmierci, do dostępu do mojej dokumentacji medycznej upoważniam

Pana/Panią
Legitymujący/a się dowodem osobistym seria numer

.....
Data Podpis pacjenta

Stwierdzam własnoręcznie podpisano w mojej obecności w dniu

.....
Czytelny podpis pracownika

Upoważnienie zostało cofnięte w dniu przez
Seria i numer dokumentu tożsamości