

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA ORAZ DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

[nazwa i adres podmiotu leczniczego albo praktyki]

Pacjent: [imię i nazwisko], PESEL [numer] (a w razie jego braku rodzaj i numer dokumentu tożsamości), tel. [numer], e-mail [adres]

1. Informacja o stanie zdrowia

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

1. [imię i nazwisko], dane kontaktowe: [telefon lub adres], [TAK / NIE]
2. [imię i nazwisko], dane kontaktowe: [telefon lub adres], [TAK / NIE]

2. Dostęp do dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 26 ust. 1 tej ustawy upoważniam następujące osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, w tym do wglądu, uzyskania wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku oraz do odbioru wypisu ze szpitala:

1. [imię i nazwisko], [seria i numer dokumentu tożsamości albo PESEL], [TAK / NIE]
2. [imię i nazwisko], [seria i numer dokumentu tożsamości albo PESEL], [TAK / NIE]

Zakres upoważnienia do dokumentacji: [cała dokumentacja / dokumentacja z okresu od [data] do [data] / dokumentacja dotycząca [świadczenie, oddział]].

3. Postanowienia wspólne

Upoważnienie obowiązuje od dnia jego złożenia do czasu odwołania. Odwołanie lub zmianę mogę złożyć w każdym czasie w placówce albo przez Internetowe Konto Pacjenta. Zostałem poinformowany o możliwości złożenia tego oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i o skutkach jego złożenia.

Osoba upoważniona okazuje przy odbiorze dokumentacji dokument tożsamości.

[miejscowość], dnia [data]

.....

podpis pacjenta albo przedstawiciela ustawowego