

Gdańsk, dnia

Gdańsk, dnia

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU

lub braku upoważnienia do informowania o swoim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskaniu wglądu, kopii lub odpisu dokumentacji medycznej pacjenta

dotyczącej: Podstawowej Opieki Zdrowotnej i wszystkich Poradni specjalistycznych**z wyłączeniem:****1. Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko

PESEL

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

2. Dane osoby upoważnionej:

Imię i Nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

3. Upoważniam / nie upoważniam * w/w osobę do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych......
(czytelny podpis pacjenta)**4. Upoważniam / nie upoważniam * w/w osobę do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii mojej dokumentacji medycznej.** również po mojej śmierci.....
(czytelny podpis pacjenta)*** niepotrzebne skreślić**Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU**

lub braku upoważnienia do informowania o swoim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskaniu wglądu, kopii lub odpisu dokumentacji medycznej pacjenta

dotyczącej: Podstawowej Opieki Zdrowotnej i wszystkich Poradni specjalistycznych**z wyłączeniem:****5. Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko

PESEL

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

6. Dane osoby upoważnionej:

Imię i Nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

7. Upoważniam / nie upoważniam * w/w osobę do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych......
(czytelny podpis pacjenta)**8. Upoważniam / nie upoważniam * w/w osobę do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii mojej dokumentacji medycznej.** również po mojej śmierci.....
(czytelny podpis pacjenta)*** niepotrzebne skreślić**Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta