



OŚWIADCZENIE PACJENTA

dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach oraz udostępniania dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisanyPESEL
legitymujący się dowodem osobistym nr

UPOWAŻNIAM Pana / Panią*PESEL.....
adres korespondencyjny.....
nr tel. e-mail

UPOWAŻNIAM Pana / Panią *PESEL.....
adres korespondencyjny.....
nr tel. e-mail

UPOWAŻNIAM Pana / Panią *PESEL.....
adres korespondencyjny.....
nr tel. e-mail

do :

1) uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach przed dniem / po dniu udzielenia niniejszego upoważnienia* :

- jednorazowo * bezterminowo *

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, sporządzonej przed dniem / po dniu udzielenia niniejszego upoważnienia* :

- całości dokumentacji medycznej * recepty* wyniku mojego badania diagnostycznego*

.....
(określenie rodzaju badania i terminu wykonania)

w sposób określony w § art. 27 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn.zm.) a w przypadku dokumentacji w formie elektronicznej, w sposób określony w § 83 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010, Nr 252 poz. 1697 z późn. zm.)

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przyjmującego upoważnienie.....

*właściwe zakreślić