WNIOSEK POWINIEN BYĆ WYPEŁNIONY DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta skadającego oświadczenie

Miejscowość, dn. Data r.

PESEL

ul.

Adres zamieszkania

Oświadczenie pacjenta: Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeń zdrowotnych

☐ **Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.***

☐ **Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych jest.***

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

Czytelny podpis pacjenta skadającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1) przepisy w/w ustawy z dnia 6 .11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):
   - art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
   - art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
2) § 8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub doącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

* niewaściwe skreślić

WNIOSEK POWINIEN BYĆ WYPEŁNIONY DRUKOWANYMI LITERAMI

---------- , dn. ---------- r.
Imię i nazwisko pacjenta skadającego oświadczenie — Miejscowość — Data

PESEL

ul.

Adres zamieszkania

Oświadczenie pacjenta: Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej

Niniejszym oświadczam, iż zostaem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy 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.) i oświadczam, co następuje:

1. Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

2. Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy jest:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

Ponadto oświadczam, iż zostaem/-am poinformowany/-a o mo żliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Czytelny podpis pacjenta skadającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1) przepisy w/w ustawy z dnia 6 .11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):
   - art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
   - art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
2) § 8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub doącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

* niewaściwe skreślić