

OŚWIADCZENIE PACJENTA
O UPOWAŻNIENIU OSOBY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam *, Pana/Panią
..... zamieszkałego / zamieszkałą w
.....

- ☐ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
- ☐ do udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

Upoważnienie to dotyczy też / nie dotyczy * wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub jego opiekuna ustawowego)

* - niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna:

- art.26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U. z 2009.,poz.417 z późn.zm.)
- § 8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666).