

.....

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Imię i nazwisko Pacjenta, PESEL

UPOWAŻNIENIE

I. Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych:

- * Nie upoważniam nikogo
- *Upoważniam:

1.....
Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

2.....
Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

3.....
Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

II. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej za życia i po mojej śmierci:

- *Nie upoważniam nikogo
- *Upoważniam:

1.....
Imię i nazwisko, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

2.....
Imię i nazwisko, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

3.....
Imię i nazwisko, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta

* Zaznaczyć właściwe pole

Podstawa prawna:

-art. 14 ust.2 pkt 3 ustawy z dn.6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r. Nr 52, poz.417 z późn. zm.)

-§8 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r.w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.u. Nr 252 poz.1697)