

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

Ja, niżej podpisany PESEL

a przypadku, gdy nr PESEL nie został nadany – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

UPOWAŻNIAM Pana / Panią

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 * * - właściwe zakreślić

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

całości dokumentacji medycznej * wyniku mojego badania diagnostycznego* * - właściwe zakreślić

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

.....
w sposób określony w § art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.); oraz w § 69, 70, 71 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666).

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....

Data i podpis przyjmującego upoważnienie

.....

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

Ja, niżej podpisany PESEL

a przypadku, gdy nr PESEL nie został nadany – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

UPOWAŻNIAM Pana / Panią

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 * * - właściwe zakreślić

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

całości dokumentacji medycznej * wyniku mojego badania diagnostycznego* * - właściwe zakreślić

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

.....
w sposób określony w § art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.); oraz w § 69, 70, 71 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666).

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....

Data i podpis przyjmującego upoważnienie

.....