

OŚWIADCZENIA PACJENTA DOTYCZĄCE UDZIELANIA INFORMACJI

I DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

DANE PACJENTA:
(imię i nazwisko)

PESEL:

A. Zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

☐ **Wyrażam zgodę** na udzielanie niżej wskazanej osobie o moim stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

☐ **Nie wyrażam zgody** na udzielanie takich informacji żadnej innej osobie.

Osoba upoważniona

Imię i nazwisko:

Dane umożliwiające kontakt (np. numer telefonu) z osobą upoważnioną / dane umożliwiające weryfikację osoby upoważnionej*:

.....
(np. nr telefonu, PESEL, nr dowodu osobistego)

B. Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

☐ **Upoważniam** niżej wskazaną osobę do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

☐ **Nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Osoba upoważniona

Imię i nazwisko:

Dane umożliwiające weryfikację osoby upoważnionej*:

.....
(np. nr telefonu, PESEL, nr dowodu osobistego)

*dodatkowe dane (takie jak: PESEL, numer i seria dowodu osobistego) służą wyłącznie weryfikacji osoby upoważnionej i mogą być wykorzystywane wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej identyfikacji osoby upoważnionej.

Informacja dla pacjenta

Pacjent może w każdym czasie zmienić lub cofnąć zgodę na udzielanie informacji oraz zmienić lub odwołać upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej.

MYŚLENICE, ...
miejscowość data

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

UPOWAŻNIENIE

DO ODBIORU WYNIKÓW, ORZECZEŃ, ZAŚWIADCZEŃ I DOKUMENTACJI

DANE PACJENTA:
(imię i nazwisko)

PESEL:

upoważniam Panią/Pana:

Imię i nazwisko:

Dane umożliwiające weryfikację tożsamości*:
(np. PESEL, nr dowodu osobistego)

Numer telefonu:

do odbioru w moim imieniu:

- ☐ wyników badań
☐ orzeczenia lekarskiego
☐ orzeczenia psychologicznego
☐ zaświadczenia
☐ innego dokumentu:

Upoważnienie: ☐ jednorazowe ☐ obowiązuje do odwołania

...MYŚLENICE,.....
miejscowość i data

.....
podpis pacjenta

* np. PESEL, numer i seria dowodu tożsamości. Dodatkowe dane (takie jak: PESEL, numer i seria dowodu osobistego) służą wyłącznie weryfikacji osoby upoważnionej i mogą być wykorzystywane wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej identyfikacji osoby upoważnionej.

Upoważnienie do fizycznego odbioru dokumentu nie jest równoznaczne z upoważnieniem do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dostępem do dokumentacji medycznej.