****

**UPOWAŻNIENIE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku

 miejscowość

Ja niżej podpisany\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PESEL/data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zgodnie

 Imię i nazwisko

z przepisami ustawy z dnia 6 Listopada 2008 r. O prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

**Oświadczam, że do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Nie upoważniam nikogo

Upoważniam Panią/Pana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PESEL/data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Imię i nazwisko

**Do uzyskiwania mojej/mojego dziecka dokumentacji medycznej**

Nie upoważniam nikogo

Upoważniam Panią/Pana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PESEL/data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Imię i nazwisko

Świadomy(a), iż zgodnie z postanowieniami Ustawy po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniana jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, a także osobie bliskiej pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się pacjent. Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

Zgodnie z przepisami Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz. U. Z 1991 roku Nr 91 poz. 408 z póź. zm. ) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków udostępnienia ( Dz. U. Z 2001 roku nr 88 poz 966 ) oraz

Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - dalej u.p.p., w art. 27 u.o.p.p., **Wyrażam zgodę na udostępnianie dokumentacji medycznej drogą mailową na adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Czytelny podpis Pacjenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_