

UPOWAŻNIENIE

_____, dnia _____ roku

miejsowość

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 _____