



UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby składającej upoważnienie:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	

Oświadczam, iż zostałem/-am zapoznany/-a z uprawnieniami wynikającymi z art 26. ustawy w dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (tj Dz. U. 2019 r. poz. 1127), w związku z czym:

Nie upoważniam nikogo, w tym osób bliskich/ **Upoważniam** stosownie do treści art. 26 ust. 2 w/w ustawy:

.....
(imię i nazwisko, PESEL, oraz dane do kontaktu)

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z art. 9 ust 3 w/w ustawy,

do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej (prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów, odpisów),

do uzyskania wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciel ustawowego