Serock, dnia……. roku

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/ podpisany……
zamieszkała/zamieszkały w ……przy ul……,
posiadająca/ posiadający numer PESEL…… i legitymująca/ legitymujący się dowodem osobistym o numerze……
upoważniam……zamieszkałą/zamieszkałego w……,ul…… posiadającą/ posiadającego numer PESEL……nr telefonu……
1) **uzyskiwania wszelkich informacji** (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz osób świadczących pomoc medyczną;
2) **dostępu** (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

☐ Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji w powyższym zakresie.
☐ Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

……
(podpis)

Serock, dnia……. roku

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/ podpisany……
zamieszkała/zamieszkały w ……przy ul……,
posiadająca/ posiadający numer PESEL…… i legitymująca/ legitymujący się dowodem osobistym o numerze……
upoważniam……zamieszkałą/zamieszkałego w……,ul…… posiadającą/ posiadającego numer PESEL……nr telefonu……
1) **uzyskiwania wszelkich informacji** (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz osób świadczących pomoc medyczną;
2) **dostępu** (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

☐ Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji w powyższym zakresie.
☐ Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

……
(podpis)