



Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

-----, dn. -----r.
Miejscowość Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres zamieszkania

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Upoważnienie dotyczy:

- Mnie
- Mojego (będącego pod moją opieką)*dziecka.....
Imię i nazwisko dziecka

Nie upoważniam nikogo do:

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych,
- uzyskiwania dokumentacji medycznej

Osobą upoważnioną do:

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych,
- uzyskiwania dokumentacji medycznej

jest:

1.
.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

2.
..... Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz przeprowadzenie niezbędnych badań w pełnym zakresie.

Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna dziecka*

Podstawa prawna:

- 1). Przepisy ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
- 2). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr252 poz. 1697)

*niepotrzebne skreślić

zaznaczyć „X” właściwe