



.....
(miejscowość) (data)

imię i nazwisko:

PESEL:

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

adres zamieszkania:

.....

numer telefonu kontaktowego:

adres e-mail:

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

Upoważnienie dotyczy:

- mnie
- mojego/będącego pod moja 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)
(adres zamieszkania i tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

2.
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
(adres zamieszkania i tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

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

.....
(czytelny podpis pacjenta/opiekuna dziecka*)

*niepotrzebne skreślić
 zaznaczyć „X” właściwe

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)