

**O WIADCZENIE PACJENTA: UPOWA NIENIE DOTYCZ CE UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, ni ej podpisany/a .....

adres zamieszkania

PESEL, legitymuj cy/a si .....

..... nazwa, seria i numer dokumentu to samo ci

1. Upowa niam / Nie upowa niam nikogo\*/ do udost pniania mojej dokumentacji medycznej, stosownie do tre ci art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – tekst jednolity (Dz.U. 2017 poz. 1318).

Osob upowa nion jest:

.....PESEL [ | | | | | | | | | | ]

imi i nazwisko

adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy osoby upowa nionej.....

2. Upowa niam / Nie upowa niam nikogo\* do wgl du do mojej dokumentacji medycznej po mojej mierci, stosowniedo tre ci art. 26 ust. 2 ww. ustawy.

Osob upowa nion jest:

.....PESEL [ | | | | | | | | | | ]

imi i nazwisko

adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy osoby upowa nionej.....

.....dnia [ | | | | | | | | ] r.

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

Odwołanie upowa nienia dla osób wskazanych w pkt. 1 i/lub pkt.2\* o wiadczenia, na dalsze uzyskiwanie dokumentacji medycznej dotycz cej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi wiadczeniach zdrowotnych z dniem.....

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

\*niewła ciwe skre li