

Część I**Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą**

Ja, niżej podpisana/y

.....PESEL

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

.....PESEL

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

imię i nazwisko

zam..... legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

- oświadczam, że upoważniam Panią / Pana*

.....PESEL

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

.....PESEL

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

imię i nazwisko

zam..... tel.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

....., dnia

--	--	--

 /

--	--	--

 /

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

 r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część II****Oświadczenie pacjenta o braku upoważnienia do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych**

- oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

....., dnia

--	--	--

 /

--	--	--

 /

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

 r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część III****Odwołanie upoważnienia dla osoby wskazanej w powyższym oświadczeniu, na dalsze uzyskiwanie informacji o jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych**

- oświadczam, że odwołuję wskazaną przeze mnie osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

....., dnia

--	--	--

 /

--	--	--

 /

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

 r......
(czytelny podpis pacjenta)**Podstawa prawna:**

- art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 ze zm.)
- § 8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666)