

Część I**Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą**

Ja, niżej podpisana/y

.....PESEL

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

imię i nazwiskozam. legitymująca/y się
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

- oświadczam, że upoważniam Panią / Pana*

.....PESEL

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

imię i nazwisko

zam. tel.

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

....., dnia

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

 r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część II****Oświadczenie pacjenta o braku upoważnienia do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej**

- oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

....., dnia

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

 r......
(czytelny podpis pacjenta)**Część III****Odwołanie upoważnienia dla osoby wskazanej w powyższym oświadczeniu, na uzyskiwanie jego dokumentacji medycznej**

- oświadczam, że odwołuję wskazaną przeze mnie osobę do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

....., 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)

*niewłaściwe skreślić