

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****DANE PACJENTA:**

Imię Pacjenta: .....

Nazwisko: .....

PESEL lub data i miejsce urodzenia: .....

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z przepisami wykonawczymi wydawanymi na podstawie art. 30 ust. 1 wskazanej ustawy:

 upoważniam poniżej wymienioną osobę\*

 nie upoważniam nikogo\*

do dostępu do mojej Dokumentacji medycznej:

a) w pełnym zakresie/ w zakresie ograniczonym do .....\*

.....\*

b) wyłącznie w NZOZ Zdrowie / w NZOZ Zdrowie oraz w innych Podmiotach Lecznicznych\*

**DANE OSOBY, KTÓRĄ PACJENT UPOWAŻNIA:**

Imię osoby upoważnionej: .....

Nazwisko osoby upoważnionej: .....

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (data i miejsce urodzenia lub numer dokumentu tożsamości - dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy legitymacji szkolnej):

.....

 upoważniam niżej wymienioną osobę\*

 nie upoważniam nikogo\*

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
**DANE OSOBY, KTÓRĄ PACJENT UPOWAŻNIA:**

Imię osoby upoważnionej: .....

Nazwisko osoby upoważnionej: .....

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (data i miejsce urodzenia lub numer dokumentu tożsamości - dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy legitymacji szkolnej):

.....

 wyrażam sprzeciw wobec dostępu niżej wymienionych osób/wszystkich osób bliskich\* do informacji o stanie mojego zdrowia oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci:
**DANE OSOBY/OSÓB, CO DO KTÓRYCH PACJENT WYRAŻA SPRZECIW:**

Imię osoby: .....

Nazwisko osoby: .....

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby (data i miejsce urodzenia lub numer dokumentu tożsamości - dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy legitymacji szkolnej):

.....

.....

Data złożenia oświadczenia

.....

Czytelny podpis Pacjenta

\* niepotrzebne skreślić