

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzic dziecka, opiekun prawny, kurator):**

Nazwisko i imię (imiona) Przedstawiciela ustawowego:

Miejsce zamieszkania Przedstawiciela ustawowego:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej - opcjonalnie (data i miejsce urodzenia lub PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości Przedstawiciela ustawowego)

DANE PACJENTA:

Imię Pacjenta:

Nazwisko:

PESEL lub data i miejsce urodzenia:

Działając jako Przedstawiciel ustawowy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

 upoważniam poniżej wymienioną osobę* nie upoważniam nikogo*do dostępu do Dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta pozostającego pod moją opieką:

a) w pełnym zakresie/ w zakresie ograniczonym do

.....*

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

DANE OSOBY, KTÓRĄ PRZEDSTAWICIEL 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 zdrowia Pacjenta pozostającego pod moją opieką i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych**DANE OSOBY, KTÓRĄ PRZEDSTAWICIEL 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 zdrowia Pacjenta pozostającego pod moją opieką oraz do dostępu do jego dokumentacji medycznej po jego śmierci:

DANE OSOBY/OSÓB, CO DO KTÓRYCH PRZEDSTAWICIEL 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 Przedstawiciela ustawowego

** niepotrzebne skreślić*