

.....
Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

* Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych jest :

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane umożliwiające kontakt z tą osobą (nr telefonu)

.....
Adres zamieszkania upoważnionej osoby

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dot. mojej osoby

* Osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dot. mojej osoby jest:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane umożliwiające kontakt z tą osobą (nr telefonu)

.....
Adres zamieszkania upoważnionej osoby

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Pacjenta składającego oświadczenie

* Zaznaczyć właściwe pole

Podstawa prawna:

- art. 14 ust.2 pkt 3 ustawy z dn.6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 z późn. zm.)

- ; pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn.21.12.2010r. w sprawie rodzaju zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.Nr 252 poz.1697)