

Imię: Nazwisko:
Data urodzenia: PESEL: NIP:
Oddział NFZ:

Adres zameldowania:

.....Kod pocztowy:Miejscowość:
Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy:
Adres zamieszkania: (proszę wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)
.....Kod pocztowy:Miejscowość:
Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy:

OŚWIADCZENIE

Upoważniam

Imię i nazwisko osoby upoważnionej (oraz adres, nr telefonu / stopień pokrewieństwa)

do

- otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych**
- uzyskania dokumentacji medycznej.**

.....
miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta (lub imię i nazwisko oraz podpis przedstawiciela ustawowego *)

LUB

Nie upoważniam nikogo do

- otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych**
- uzyskania dokumentacji medycznej.**

.....
miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta (lub imię i nazwisko oraz podpis przedstawiciela ustawowego *)

** proszę zaznaczyć krzyżykiem czego dotyczy upoważnienie

* wymagane jeżeli Pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażania zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie. W przypadku, kiedy Pacjent małoletni ukończył 16 lat, a Pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także ich zgoda – art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5.12.1996 r. (tekst jednolity Dz. U. 2011 nr 277 poz. 1634).

paragraf 8 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz.1697 z późn. zm.)

art. 26 i 30 - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 z późn. zm.)