

## OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość:		
Data:		
Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do udostępnienia jego dokumentacji medycznej złożone w formie ustnej w obecności personelu Jednostki podlega odnotowaniu przez personel Jednostki, z wykorzystaniem niniejszego formularza.		
Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Imię i nazwisko	Stanowisko

**Dane identyfikujące Pacjenta: (A)** (proszę podać dane umożliwiające identyfikację tożsamości Pacjenta)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

**Składający oświadczenie (B)** (proszę wpisać osobę która składa oświadczenie)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba upoważniona przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Opiekun prawny Pacjenta pozostającego pod jego opieką
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- O UPOWAŻNIENIU** do uzyskiwania dokumentacji medycznej, przez niżej wymienioną osobę.
- O BRAKU UPOWAŻNIENIA KOGOKOLWIEK** do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta.

Zakres udzielonego upoważnienia:

- Dostęp do dokumentacji **w pełnym zakresie**
- Dostęp do dokumentacji **w ograniczonym zakresie** .....
- Dostęp do dokumentacji powstałej **jedynie w niniejszej Jednostce.**
- Dostęp do dokumentacji powstałej **w niniejszej Jednostce oraz w pozostałych Jednostkach.**
- Dostęp do dokumentacji także **po śmierci** Pacjenta bez względu na Jednostkę ją tworzącą.

Imię (imiona) upoważnionego		
Nazwisko upoważnionego		
PESEL upoważnionego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nr telefonu upoważnionego		
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca		

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego