

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 i art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Miejscowość

Data

Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL (lub data urodzenia)

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Oświadczenie

- ☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy

Adres zamieszkania

Stopień pokrewieństwa

- ☐ Upoważniam tę samą osobę również do uzyskiwania dokumentacji medycznej (wglądu, kopii) dotyczącej mojej osoby.
- ☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.
- ☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

Informacja

Oświadczenie jest przechowywane w dokumentacji medycznej pacjenta i obowiązuje do odwołania. Pacjent może je w każdej chwili zmienić lub odwołać, składając nowe oświadczenie. Informacji o stanie zdrowia udziela lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny w zakresie udzielanych świadczeń.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej (pieczęć placówki)