

.....
(pieczęć placówki)

WILGA, dnia

**Upoważnienie
dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
udzielonych świadczeniach zdrowotnych
oraz do uzyskania dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisana/podpisany*

.....

zamieszkała/zamieszkały* w,

telefon

numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

upoważniam /nie upoważniam *

1).....

.....
(imię i nazwisko , stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

2).....

.....
(imię i nazwisko , stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

3).....

.....
(imię i nazwisko , stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

do:

1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) **o moim stanie zdrowia**, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;

2) dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);

3) do odbioru recept, skierowań i wyników badań.

Niniejsze upoważnienie jest udzielone **bezterminowo** i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

.....
(Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)