



pieczętka placówki

.....dnia.....roku
miejsowość

Ja niżej podpisany.....MRN.....
imię i nazwisko numer abonamentu

PESEL*/data urodzenia.....zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 lipca 2008 r o prawach
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („Ustawa”) oświadczam, że **do otrzymywania informacji** o moim stanie zdrowia /mojego

dziecka**
imię i nazwisko dziecka PESEL* lub data urodzenia dziecka MRN dziecka

i udzielonych świadczeniach medycznych

- nie upoważniam nikogo
- upoważniam Pana/Panią.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej PESEL*/data urodzenia

Dane kontaktowe osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy.....Adres.....

Do uzyskiwania mojej/mojego dziecka **dokumentacji medycznej**, a w szczególności: wyników badań, recept, wyników konsultacji.

- nie upoważniam nikogo
- upoważniam Pana/Panią.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej PESEL*/data urodzenia

Dane kontaktowe osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy.....Adres.....

Świadomy, iż zgodnie z postanowieniami Ustawy po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniona jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, a także osobie bliskiej pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się pacjent, **oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.**

.....
Data czytelnny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

Stwierdzam własnoręcznie podpisu złożonego w mojej obecności w dniuroku.

.....
czytelny podpis pracownika
stwierdzający własnoręcznie podpisu

Upoważnienie zostało anulowane dnia przez
PESEL*/data urodzenia.....
.....
Czytelny podpis pracownika

* W przypadku osób nie posiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
** Niepotrzebne skreślić