

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ Stosownie do treści art. 26 ustr.1 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

☐ Stosownie do treści art. 26 ustr.1 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osobami upoważnionymi do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej są (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej):

1.

2.

3.

☐ Stosownie do treści art. 26 ustr.1 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie upoważniam nikogo do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

☐ Stosownie do treści art. 26 ustr.1 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osobami upoważnionymi do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej po śmierci są (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej):

1.

2.

3.

UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych

☐ Osobami upoważnionymi do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych są (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej):

1.

2.

3.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia