

UPOWAŻNIENIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**INFORMACJE DLA PACJENTA**

1. Pacjent ma prawo do upoważnienia do jego dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia dowolnej liczby osób.
2. Pacjent ma prawo do odwołania upoważnienia w dowolnym momencie.
3. Pacjent ma prawo do nieupoważnienia żadnej osoby do jego dokumentacji medycznej oraz do wskazania osób, którym jego dokumentacja medyczna nie będzie udostępniana.
4. Upoważnienie będzie obowiązywało we wszystkich podmiotach leczniczych, jeśli Pacjent nie dokonał właściwego ograniczenia.

Upoważnienie do dokumentacji medycznej miejscowość, data

I. Dane Pacjenta

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. PESEL lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości.....

II. Upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej następującą osobę/osoby: proszę podać imię i nazwisko, data urodzenia/ nr PESEL

.....
.....
.....
.....

III. Upoważniam do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych następującą osobę/osoby: proszę podać imię i nazwisko, data urodzenia/ nr PESEL

.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

IV. Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej lub wskazuję osoby, którym moja dokumentacja medyczna nie będzie udostępniana: proszę podać imię i nazwisko, data urodzenia/ nr PESEL

.....
.....
(czytelny podpis Pacjenta)