

## UPOWAŻNIENIE

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

### OŚWIADCZAM, ŻE:

**Upoważniam do** uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

**Upoważniam do** uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby \*

**Upoważniam do** odbioru recept \*

Imię i nazwisko osoby

upoważnionej:.....

nr dowodu tożsamości:.....

PESEL: .....

**Nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby czy odbioru recept \*.

\*zaznaczyć właściwe

.....  
data, czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz.2069). Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. 2017r, poz.1318).