



Łowicz, dnia.....

.....
pieczętka komórki organizacyjnej

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

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

Oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że:

1. Upoważniam osobę bliską¹

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon)

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Zgodnie z art. 26 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że:

3. Upoważniam osobę bliską.....

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon)

do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

4. Nie upoważniam żadnej osoby do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

5. Upoważniam osobę bliską.....

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon)

do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

¹ **Pojęcie osoby bliskiej** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

6. Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Odwołanie upoważnienia dla osoby bliskiej wskazanej w pkt. 1 oświadczenia na dalsze udostępnianie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

z dniem.....

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Odwołanie upoważnienia dla osoby bliskiej wskazanej w pkt. 3 oświadczenia na dalsze udostępnianie mojej dokumentacji medycznej

z dniem

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Odwołanie upoważnienia dla osoby bliskiej wskazanej w pkt. 5 oświadczenia na dalsze udostępnienie mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci

z dniem.....

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczenia składane przez przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym ²

małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej

(imię i nazwisko małoletniego/ osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

*** w przypadku dwóch lub więcej osób upoważnionych oświadczenie składa się oddzielnie dla każdej z nich.**

² **Przedstawiciel ustawowy pacjenta**-jest to osoba , która z mocy przepisu prawa może działać w imieniu pacjenta. Czynności dokonane przez przedstawiciela ustawowego wywołują bezpośrednie skutki dla reprezentowanego pacjenta.