

UPOWAŻNIENIE DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA ORAZ UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL / data urodzenia:

niniejszym, działając na podstawie obowiązujących przepisów prawa, upoważniam
następującą osobę:

Imię i nazwisko:

PESEL / data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Stopień pokrewieństwa (opcjonalnie):

do:

1. uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz zastosowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
2. dostępu do mojej dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania we wszystkich formach przewidzianych przepisami prawa, w szczególności poprzez:
 - wgląd do dokumentacji,
 - sporządzanie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,
 - wydanie kopii dokumentacji na informatycznym nośniku danych, jeżeli dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej,
 - przekazanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, jeżeli jest to dopuszczalne przepisami prawa.

☐ Upoważnienie obowiązuje wyłącznie za życia pacjenta.

☐ Upoważnienie obowiązuje zarówno za życia pacjenta, jak i po jego śmierci, chyba że zostanie odwołane lub obowiązujące przepisy prawa stanowią inaczej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości zmiany lub odwołania
niniejszego upoważnienia w każdym czasie.

Miejscowość, data:

Czytelny podpis pacjenta: