

Nr.....

Bełchatów, dn.

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

Imię i nazwisko..... Pesel

1. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania tj. Dz. U. 2014r. poz. 177 oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską¹:

Imię i nazwiskoPesel

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

Podaję dane kontaktowe tej osoby:

adres	
numer telefonu	
e-mail	

.....
 Czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania tj. Dz. U. 2014r. poz. 177 oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską

Imię i nazwiskoPesel.....

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych :***

całości dokumentacji oddo...../ bezterminowo lub

z poradni: od.....do...../ bezterminowo

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| lekarza POZ | <input type="checkbox"/> | okulistycznej | <input type="checkbox"/> |
| pediatrycznej | <input type="checkbox"/> | onkologicznej | <input type="checkbox"/> |
| neurologicznej | <input type="checkbox"/> | rehabilitacyjnej | <input type="checkbox"/> |
| otolaryngologicznej | <input type="checkbox"/> | stomatologicznej | <input type="checkbox"/> |
| urazowo-ortopedycznej | <input type="checkbox"/> | urologicznej | <input type="checkbox"/> |
| chirurgii ogólnej | <input type="checkbox"/> | Pracowni RTG | <input type="checkbox"/> |
| diabetologicznej | <input type="checkbox"/> | Zespołu Chirurgii Jednego Dnia | <input type="checkbox"/> |
| ginekologiczno- położniczej | <input type="checkbox"/> | wyników badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> |
| kardiologicznej | <input type="checkbox"/> | innej | <input type="checkbox"/> |

.....
 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 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 159,), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

3. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania tj. Dz. U. 2014r. poz. 177 oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

4. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania tj. Dz. U. 2014r. poz. 177 oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskania dokumentacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

5. **Odwołanie upoważnienia dla osoby bliskiej** wskazanej w pkt. 1 oświadczenia na dalsze udzielanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych z dniem.....

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

6. **Odwołanie upoważnienia dla osoby bliskiej** wskazanej w pkt. 2 oświadczenia na dalsze uzyskiwanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych z dniem.....

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczenie składane przez przedstawiciela ustawowego /opiekuna

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem małoletniego /osoby ubezwłasnowolnionej

(imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie, drukowanymi literami).

.....
*Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku dwóch lub więcej osób oświadczenia składa się oddzielnie dla każdej z nich

*** Jeżeli TAK, to zakreśl kwadrat literką „X”