



FORMULARZ OŚWIADCZENIA PACJENTA- UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(Nr PESEL)

.....
(adres zameldowania)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 2009r., Nr 52, poz. 417) i oświadczam co następuje:

1. Nie upoważniam nikogo/ osobą upoważnioną do udostępniania mojej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:*

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (adres zamieszkania)

.....
(mąż/zona/rodzic/krewny/powinowaty/osoba obca)**
Dodatkowe uwagi:**

2. Nie upoważniam nikogo/ osobą upoważnioną do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci zgodnie z art. 26 ust. 2 ww. ustawy jest:*

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (adres zamieszkania)

.....
(mąż/zona/rodzic/krewny/powinowaty/osoba obca)**
Dodatkowe uwagi:**

3. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
(czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

***Treść powołanych w oświadczeniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:**

Art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia

**** właściwie zakreślić obwódka**

**** dodatkowe uwagi pacjenta odnoszące się do oświadczenia**, dotyczące przykładowo- prawa osoby upoważnionej do dostępu tylko do wskazanej przez pacjenta dokumentacji(np. do odbioru wyników badań lub innych dokumentów), cofnięcia wcześniejszego upoważnienia, wskazania danych kolejnej osoby upoważnionej poza wskazaną w danym punkcie, itp.