**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pacjenta: |  |
| nr PESEL/data urodzenia pacjenta: |  |

\*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba ubezwłasnowolniona / małoletnia):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| nr PESEL/data urodzenia: |  |

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH PACJENTOWI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie upoważniam nikogo** |  | **Upoważniam**: |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko upoważnionej osoby: |  |
| nr PESEL/data urodzenia upoważnionej osoby: |  |
| dane kontaktowe upoważnionej osoby (numer telefonu) |  |
| dane kontaktowe upoważnionej osoby (adres e-mail) |  |

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez:

|  |  |
| --- | --- |
|  | wszystkie placówki DCP |
|  | placówkę DCP: ........................................................................................................ (nazwa, adres placówki) |
|  | **Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci.** |

**2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie upoważniam nikogo** |  | **Upoważniam**: |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko upoważnionej osoby: |  |
| nr PESEL/data urodzenia upoważnionej osoby: |  |
| dane kontaktowe upoważnionej osoby (numer telefonu) |  |
| dane kontaktowe upoważnionej osoby (adres e-mail) |  |

Upoważnienie dotyczy dokumentacji wytworzonej przez:

|  |  |
| --- | --- |
|  | wszystkie placówki DCP |
|  | placówkę DCP: ........................................................................................................ (nazwa, adres placówki) |
|  | **Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.** |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………. |
| Data, miejscowość i podpis osoby przyjmującej wniosek | Data, miejscowość i podpis osoby składającej wniosek |

\* wypełnić, jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta