

Dotyczące uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, udostępnieniu dokumentacji medycznej oraz udostępnieniu recept lub zleceń

Ja, niżej podpisany /a: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko

Telefon

PESEL

Zgodnie z Dz. U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko

Telefon

PESEL

- Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci.
- Do uzyskania informacji dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci.
- Do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

- Nie upoważniam nikogo.

- Wyrażam sprzeciw na udostępnienie dokumentacji medycznej osobie bliskiej\* po mojej śmierci:

Imię i nazwisko bliskiej osoby

\*osobą bliską w rozumieniu przepisów jest: małżonek, krewny do drugiego stopnia (np. córka, wnuk) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (np. teściowa), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

\_\_\_\_\_ Data i czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego