

Poznań, dnia

Nazwisko i Imię.....

Pesel

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a:

1.

upoważniam do uzyskiwania **informacji o moim stanie zdrowia** i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych następujące osoby:

.....
imię i nazwisko, nr tel. kontaktowego

.....
imię i nazwisko, nr tel. kontaktowego

.....
imię i nazwisko, nr tel. Kontaktowego

.....
data i podpis

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania **informacji o moim stanie zdrowia** i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....
data i podpis

2.

upoważniam do uzyskiwania **mojej dokumentacji medycznej** za życia i po mojej śmierci następujące osoby:

.....
imię i nazwisko

.....
imię i nazwisko

.....
imię i nazwisko

.....
data i podpis

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania **mojej dokumentacji medycznej** za życia i po mojej śmierci

.....
data i podpis

Po podpisaniu przez Pacjenta należy dołączyć do Historii Zdrowia i Choroby.

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn: Dz .U. z 2016 r. poz.186, ze.zm.)
2. rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 25 lutego 2016r w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. z 2016r., poz.249)