

Imię (imię) i nazwisko pacjenta	
Data urodzenia pacjenta	
Data wystawienia upoważnienia lub sprzeciwu	

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI LUB DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z art. 9 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo podejmować decyzję o tym, kto może otrzymywać informacje o jego stanie zdrowia lub kto może otrzymywać jego dokumentację medyczną (np. historię zdrowia i choroby). Jeśli pacjent chce kogoś upoważnić, powinien wskazać poniżej imię, nazwisko oraz datę urodzenia takich osób.

Jeżeli pacjent nie upoważnił nikogo do informacji o stanie zdrowia, dokumentacji lub odbioru recept albo zleceń, należy skreślić puste pola poniżej.

Lp.	Dane osoby upoważnionej		Zakres upoważnienia <i>Proszę złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej.</i>		
	Imię, nazwisko, data urodzenia <i>Podanie daty urodzenia nie jest obowiązkowe. Data urodzenia służy uniknięciu pomyłek przy identyfikacji</i>	Dane kontaktowe	Udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach	Dostęp do dokumentacji medycznej	Odbiór recept lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędnych dla kontynuacji leczenia*
1					
2					
3					

*Jeżeli pacjent złoży takie upoważnienie, receptę zaoczną lub zlecenie: na zaopatrzenie w wyroby medyczne może odebrać dowolna osoba trzecia. Jeżeli pacjent nie upoważnił nikogo do odbioru recept albo zleceń, należy skreślić puste pole poniżej.

Upoważniłam dowolną osobę, która zgłosił się w moim imieniu, do odbioru recept lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Miejsce na podpis pacjenta