

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI
O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH
ZDROWOTNYCH ORAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____

1. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że upoważniam osobę bliską¹⁾

_____ Data urodzenia _____
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

Adres, nr tel., e-mail

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że **nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

3. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że upoważniam osobę bliską¹⁾

Data urodzenia _____ Data urodzenia _____
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami)

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

Adres, nr tel., e-mail

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

4. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń medycznych.

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

5. Oświadczam iż odwołuję upoważnienie dla osoby bliskiej wskazanej w pkt. 1 oświadczenia na dalsze udzielanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych z dniem

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

6. Oświadczam iż odwołuję upoważnienie dla osoby bliskiej wskazanej w pkt. 3 oświadczenia na dalsze uzyskiwanie dokumentacji dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych z dniem _____

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA

Oświadczam że, jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym²⁾ małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej²⁾:

(Imię i nazwisko małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie drukowanymi literami)

Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego*

* niepotrzebne skreślić

* w przypadku dwóch lub więcej osób oświadczenia składa się oddzielnie dla każdej z nich

1) Pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art.3 ust 1. pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z roku 2009, Nr 52 poz. 417 z późn.zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowate go do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

2) Pojęcie opiekuna faktycznego należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art.3 ust 1. pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z roku 2009, Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.