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 2011 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2011 Nr 246 poz. 1819 oświadczam, że **upoważniam** osobę

bliską[1] ..... 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, numer telefonu, e-mail itp.)

.....

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

2 Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2011 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2011 Nr 246 poz. 1819 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 2011 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2011 Nr 246 poz. 1819 oświadczam, że **upoważniam** osobę

bliską[1] ..... 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, numer telefonu, e-mail itp.)

.....

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

Admed MEDICAL PARTNER

4 Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2011 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2011 Nr 231 poz. 1375 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 faktycznym[2] małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej[2]:

.....

(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 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z roku 2009 Nr 52 poz. 417 późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego 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 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z roku 2009 Nr 52 poz. 417 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.