

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość:		
Data:		
Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do udostępnienia jego dokumentacji medycznej złożone w formie ustnej w obecności personelu Jednostki podlega odnotowaniu przez personel Jednostki, z wykorzystaniem niniejszego formularza.		
Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Imię i nazwisko	Stanowisko

Dane identyfikujące Pacjenta: (A) (proszę podać dane umożliwiające identyfikację tożsamości Pacjenta)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która składa oświadczenie)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba upoważniona przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Opiekun prawny Pacjenta pozostającego pod jego opieką
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- O BRAKU UPOWAŻNIENIA** do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta.
- O UPOWAŻNIENIU** do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta przez niżej wymienioną osobę:

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Miejscowość:		
Data:		
Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych złożone w formie ustnej w obecności personelu Jednostki podlega odnotowaniu przez personel Jednostki.		
Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego	Imię i nazwisko	Stanowisko

Dane identyfikujące Pacjenta: (A)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która wypełnia niniejszy formularz)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- BRAKU UPOWAŻNIENIA** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych.
- O UPOWAŻNIENIU** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych przez niżej wymienioną osobę:

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego