

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

Nazwisko KOWALSKA Imię MARIA

PESEL 90010101000000 ← PESEL PACJENTKI

NIE UPOWAŻNIAM

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.

01.01.2020 Kowalska
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

UPOWAŻNIAM

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

bliską JAN KOWALSKI Data urodzenia 05 05 1985
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami) ↑ (OSOBY UPOWAŻNIONEJ) ↓

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

05. ZIELONE 315, 60-600 POZNAŃ
693 333 333, jankowalski@gmail.com
(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

PODPIS PACJENTKI → 01.01.2020 Kowalska
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

NIE UPOWAŻNIAM

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.

01.01.2020 Kowalska
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

UPOWAŻNIAM

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

bliską JAN KOWALSKI Data urodzenia 05 05 1985
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami) ↑ (OSOBY UPOWAŻNIONEJ) ↓

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

Dane kontaktowe osoby upoważnionej: 05. ZIELONE 315, 60-600 POZNAŃ
693 333 333, jankowalski@gmail.com
(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

PODPIS PACJENTKI → 01.01.2020 Kowalska
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

DLA OSOB NIELETNICH/MAOLETNICH
OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA

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

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

01.01.2020 Jedwiga Nowak
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 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 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.