

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Katowice,

.....
Nr PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres mailowy

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

tel. Adres e-mail/adres zamieszkania

Działając na podstawie art. 9, ust. 3, Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020, poz. 666)

upoważniam wyżej wymienioną osobę

nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

tel. Adres e-mail/adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art. 26, ust. 1, Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020, poz. 666)

upoważniam wyżej wymienioną osobę

nie upoważniam nikogo

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

w pełnym zakresie

w zakresie ograniczonym do

■ Działając na podstawie art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Data.....

CZYTELNY podpis pacjenta,

który odnosi się do wszystkich wyżej wymienionych punktów

.....