

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

Imię , nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2015r. poz. 2069 oświadczam, że **upoważniam**^{*)} osobę

bliską¹ PESEL
(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 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2015r. poz. 2069 oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskiwania informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....

Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

3. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2015r. poz. 2069 oświadczam, że **upoważniam**^{*)} osobę

bliską¹ PESEL
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do uzyskiwania 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

4. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2015r. poz. 2069 oświadczam, iż **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskiwania 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 świadczeń zdrowotnych.

z dniem

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

.....
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym² pacjenta / małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej^{**}):

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

.....
Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego*

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

**niepotrzebne skreślić

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 Prawa 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 Prawa 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.