

UPOWAŻNIENIE

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i dostępu do jego dokumentacji medycznej

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko PESEL (lub data urodzenia).....

2. OSOBY UPOWAŻNIONE w kolumnach A–C proszę zaznaczyć zakres dla każdej osoby

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Telefon kontaktowy	A	B	C
1			☐	☐	☐
2			☐	☐	☐
3			☐	☐	☐

Zakres upoważnienia:

A informacje o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, badaniach, leczeniu i rokowaniu (art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta)

B dostęp do mojej dokumentacji medycznej — wgląd, kopie, odbiór wyników badań (art. 26 ust. 1)

C dostęp do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci (art. 26 ust. 2)

Upoważnienie dotyczy: ☐ wszystkich informacji i całej dokumentacji ☐ tylko:

Obowiązuje: ☐ do odwołania ☐ do dnia

3. OŚWIADCZENIA DODATKOWE zaznaczyć, jeśli dotyczy

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia ani do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

☐ Sprzeciwiam się udostępnieniu mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci osobom bliskim, których nie upoważniłem(-am) powyżej (art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

data

czytelny podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

podpis pracownika przyjmującego

4. WAŻNE INFORMACJE

- Upoważnienie obowiązuje we wszystkich placówkach NZOZ „Zdrowie” s.c. (Janów Lubelski, Batorz, Zdziłowice). Można je w każdej chwili zmienić lub odwołać w rejestracji (część 5); nowe upoważnienie zastępuje poprzednie.
- Osoba upoważniona, odbierając informacje lub dokumentację, okazuje dokument tożsamości.
- Rodzic lub opiekun prawny małoletniego pacjenta ma dostęp do informacji i dokumentacji dziecka bez upoważnienia.
- Takie samo upoważnienie można złożyć w Internetowym Koncie Pacjenta (pacjent.gov.pl). Upoważnienie z IKP trafia do systemu e-zdrowia i mogą je sprawdzić placówki medyczne w całej Polsce; upoważnienie z tego formularza obowiązuje tylko w NZOZ „Zdrowie”.

5. ODWOŁANIE LUB ZMIANA UPOWAŻNIENIA wypełnić tylko w takim przypadku

☐ odwołuję upoważnienie w całości ☐ odwołuję upoważnienie dla osoby nr wpisanej w części 2.

data

czytelny podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

podpis pracownika przyjmującego

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 i art. 26 ust. 1–2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. **Ochrona danych:** dane pacjenta i osób upoważnionych przetwarzamy w celu wykonania upoważnienia i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO); pełna informacja — w rejestracji i na www.nzoz-zdrowie.pl; IOD: iod@nzoz-zdrowie.pl. Oświadczenie jest częścią dokumentacji medycznej pacjenta.