

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię: PESEL

tel. Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069)

- upoważniam wyżej wymienioną osobę
 nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię: PESEL.....

tel. Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r.,poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorówdokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069)

- upoważniam wyżej wymienioną
 osobęnie upoważniam nikogo

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

- w pełnym zakresie
 w zakresie ograniczonym do

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię: PESEL

tel. Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 617 zpóźn. zm.) oraz art. 15b ust.3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2018 r.,poz.123 z późn. zm.)

- upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru recepty lub zlecenia
 oświadczam, że recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie, bezszczegółowego jej określenia)

Data

CZYTELNY podpis pacjenta