

Rumia, dnia.....

### OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |            |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |            |
| Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta złożone w formie ustnej w obecności personelu Jednostki podlega odnotowaniu przez personel Jednostki, z wykorzystaniem niniejszego formularza. |                 |            |
| Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta                                                                                                                                                                         | Imię i nazwisko | Stanowisko |

#### Dane identyfikujące Pacjenta: (A) (proszę podać dane umożliwiające identyfikację tożsamości Pacjenta)

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię (imiona) Pacjenta                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nazwisko Pacjenta                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Adres zamieszkania Pacjenta                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PESEL Pacjenta                                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| W przypadku noworodka – numer PESEL matki.       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Nr telefonu Pacjenta                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która składa oświadczenie)

|                          | Pacjent                  | Przedstawiciel ustawowy Pacjenta | Osoba upoważniona przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta | Opiekun prawny Pacjenta pozostającego pod jego opieką |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Składający oświadczenie: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                              |

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej przez nw. osobę:

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię (imiona) upoważnionego                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nazwisko upoważnionego                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PESEL upoważnionego                              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Nr telefonu upoważnionego                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### Zakres udzielonego upoważnienia:

- ☐ do dokumentacji w **pełnym zakresie**  
☐ do dokumentacji w **ograniczonym zakresie**  
☐ do dokumentacji powstałej **jedynie w niniejszej Jednostce**.  
☐ do dokumentacji powstałej w niniejszej Jednostce oraz w pozostałych Jednostkach.  
☐ do dokumentacji także **po śmierci** Pacjenta bez względu na Jednostkę ją tworzącą.

|                |                                   |                             |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Miejsce i data | Podpis udzielającego upoważnienie | Data i podpis przyjmującego |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------|