

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI / INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a

....., pesel \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **upoważniam Panią/Pana**

....., pesel \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

zam. ...., tel. ....

(dane kontaktowe osoby upoważnionej)

**do \*1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej \*2) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych** w N.Z.O.Z. Ośrodek Rehabilitacji EURO-MED Sp. z o.o., z siedzibą w Tychach, przy ul. Zgrzebnioka 22, NIP 646-270-75-30

W art. 26 ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu do jego dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

\* należy podkreślić właściwe 1 i/lub

.....

data

.....

podpis pacjenta

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### O BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI / INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a

....., pesel \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **nie upoważniam żadnej osoby bliskiej lub trzeciej do \*1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej \*2) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych** w N.Z.O.Z. Ośrodek Rehabilitacji z siedzibą w Tychach, przy ul. Zgrzebnioka 22, NIP 646-116-06-15.

\* należy podkreślić właściwe 1 i/lub 2

.....

data

.....

podpis pacjenta