

# Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej

Samodzielny Publiczny  
Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Ks. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz  
NIP: 554-22-01-453, REGON: 092325348

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

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

Ja niżej podpisany/podpisana\* na zasadach określonych w:

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).

§ 61. Dokumentacja udostępniana jest pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu oraz podmiotom i organom uprawnionym na podstawie art. 26 i 27 ustawy, bez zbędnej zwłoki, w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. (Dz. U. poz. 249).

oświadczam, że:

**Upoważniam\*** następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej przewidzianej zgodnie z prawem dotyczącej mojej osoby:

1. ....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Nr telefonu

2. ....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Nr telefonu

3. ....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Nr telefonu

**Nie upoważniam\*** żadnych osób do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....  
Data złożenia oświadczenia

.....  
Podpis pacjenta

\* właściwie zakreślić

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

W przypadku nie złożenia powyższego oświadczenia nie będzie możliwości wysłania dokumentacji medycznej pocztą.

Przesłanie dokumentacji medycznej będzie możliwe tylko w przypadku potwierdzenia tożsamości osoby składającej wniosek.

.....  
Podpis pacjenta