

**UPOWAŻNIENIE
DO WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ORAZ UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia oraz numer
PESEL pacjenta:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWEGO PACJENTA:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia oraz numer
PESEL:

W przypadku żądania z mojej strony udostępnienia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,
wyrażam zgodę na udostępnianie mi dokumentacji medycznej za pośrednictwem następującego adresu
mailowego:

.....

I. Dostęp do dokumentacji medycznej (należy oznaczyć właściwe)

☐

Nie upoważniam nikogo.

☐

Upoważniam (należy uzupełnić dane poniżej):

1. Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

2. Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

☐

Wyrażam sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej
śmierci.

II. Udzielanie informacji o świadczeniach i stanie zdrowia (należy oznaczyć właściwe)

☐

Nie upoważniam nikogo.

☐

Upoważniam (należy uzupełnić dane poniżej):

1. Imię i nazwisko.....

PESEL lub data urodzenia.....

2. Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

Ponadto oświadczam, iż zostałam/em poinformowany o możliwości zmiany oraz cofnięcia w każdym czasie
niniejszego upoważnienia

JEDNOCZEŚNIE
RODZIC.....

OŚWIADCZAM,

ŻE

DRUGI

..... (należy wpisać SPRZECIWIA SIĘ lub NIE SPRZECIWIA SIĘ) niniejszemu upoważnieniu.

Bielsko-Biała.....
data, godzina i podpis pacjent