F/237-W/7

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a**

…………………………………………………………………………………………………

**Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia upoważniam\*:**

imię, nazwisko osoby upoważnionej ………………………………………………………………

dane do kontaktu z osobą ……... …………………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………

**nie upoważniam nikogo\***

**\*) nieodpowiednie skreślić**

UWAGA:

1. powyższe dane mogą służyć weryfikacji tożsamości osoby upoważnionej,
2. pacjent ma prawo złożyć tego rodzaju oświadczenie z wykorzystaniem Internetowego Konta Pacjenta, które wywiera identyczny skutek jak oświadczenie podpisane odręcznie.

**Data** …………………… **Czytelny podpis pacjenta** ………………………………………

Podstawa prawna:

Art. 9 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849) oraz § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dn. 14.04.2020r. poz. 666)

**Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci) upoważniam:**

imię, nazwisko osoby upoważnionej ………………………………………………………………

dane do kontaktu z osobą ……... …………………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………

**nie upoważniam nikogo\***

**\*) nieodpowiednie skreślić**

UWAGA:

1. powyższe dane mogą służyć weryfikacji tożsamości osoby upoważnionej,
2. pacjent ma prawo złożyć tego rodzaju oświadczenie z wykorzystaniem Internetowego Konta Pacjenta, które wywiera identyczny skutek jak oświadczenie podpisane odręcznie.

**Data** …………………… **Czytelny podpis pacjenta** ………………………………………

Podstawa prawna:

Art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849) oraz § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dn. 14.04.2020r. poz. 666)