

..... r.
(miejscowość) (data)

Oświadczenie

o upoważnieniu dotyczącym wglądu do dokumentacji medycznej i uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany(a),
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

legitymujący(a) się
(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym oświadczam, że :

Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do wglądu do mojej dokumentacji medycznej jest

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

.....
(czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

Podstawa prawna :

1) Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz.1318, 1524):

- art. 26 ust. 1 „Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.”

- art. 26 ust. 2 „Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym

2) § 8 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Z 2015 r., poz. 2069), który stanowi, że w dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

*niepotrzebne skreślić