WZÓR 2

Upoważnienie

do dostępu do dokumentacji medycznej

Miejscowość i data:

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: PESEL:

Jeżeli pacjent nie ma numeru PESEL: data urodzenia oraz rodzaj i numer dokumentu tożsamości.

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko: PESEL:

Relacja z pacjentem (opcjonalne - np. matka, ojciec, syn, partnerka):

Telefon i adres e-mail:

Treść upoważnienia

Upoważniam wskazaną wyżej osobę do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Zakres dokumentacji:

- ☐ całość dokumentacji, w tym dokumentacja wytworzona przed datą niniejszego upoważnienia
- ☐ z wyłączeniem dokumentacji dotyczącej:

Formy udostępnienia:

- ☐ wgląd w dokumentację w placówce, z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć
- ☐ sporządzenie i wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku
- ☐ udostępnienie elektroniczne lub na informatycznym nośniku danych

Podmiot, wobec którego składam oświadczenie

- ☐ wszystkie podmioty udzielające mi świadczeń zdrowotnych
- ☐ wyłącznie:

Nazwa i adres placówki.

Okres obowiązywania

- ☐ do odwołania
- ☐ do dnia:

czytelny podpis pacjenta