

WZÓR 3

Oświadczenie pacjenta

o zgodzie na udzielanie informacji o stanie zdrowia oraz o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej

art. 9 ust. 3, art. 26 ust. 1 i art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581) oraz art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 37)

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 albo rodzaj i numer dokumentu tożsamości: _____

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

Telefon i adres e-mail: _____

Podmiot, wobec którego składam oświadczenie

Okres obowiązywania

wszystkie podmioty udzielające mi świadczeń
zdrowotnych

do odwołania

wyłącznie: _____

do dnia: _____

Nazwa i adres placówki.

Część A. Zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na udzielanie wskazanej wyżej osobie informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

w pełnym zakresie

z wyłączeniem informacji dotyczących: _____

_____ podpis pacjenta pod częścią A

Część B. Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

Upoważniam wskazaną wyżej osobę do dostępu do mojej dokumentacji medycznej we wszystkich formach przewidzianych w art. 27 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym do wglądu oraz do otrzymania wyciągów, odpisów, kopii i wydruków.

całość dokumentacji, także wytworzonej przed datą niniejszego upoważnienia

z wyłączeniem dokumentacji dotyczącej: _____

_____ podpis pacjenta pod częścią B

Przyjmuję do wiadomości, że każde z powyższych oświadczeń mogę w każdym czasie odwołać.