

....., dnia

PESEL | . | | | | | | | | | |

1. OŚWIADCZENIE pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

[illegible]

(nr telefonu lub inne dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

Dodatkowe uwagi: **

AZNIRR, ul. Starowolska 13A, 26-600 Radom, tel. 48 38 58 700

(podpis pacjenta)

2. OŚWIADCZENIE pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji.

Niniejszym upoważniam / nie upoważniam* do w/w czynności:

[illegible]

(nr telefonu lub inne dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

Dodatkowe uwagi: **

(podpis pacjenta)

3. Oświadczenie pacjenta **o wyrażeniu zgody** albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(podpis pacjenta)

Podstawa Prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

* Niepotrzebne skreślić

¹⁰⁰ Dodatkowe uwagi pacjenta odnoszące się do oświadczenia, dotyczące przykładowo – prawa osoby upoważnionej do dostępu tylko do wskazanej przez pacjenta dokumentacji (np. do odbioru wyników badań lub innych dokumentów), cofnięcie wcześniejszego upoważnienia, wskazania danych kolejnej osoby. Aby była upoważniona poza wskazaną w danych punkcie, itp.