Pieczęć nagłówkowa komórki organizacyjnej	**Upoważnienie do udzielenia informacji o stanie zdrowia, do dokumentacji medycznej oraz do odebrania recepty lub zlecenia**	F-CO-0-15-24

Nazwisko i imię pacjenta: …….……..…..……..…….. …….

KOD DOSTĘPU DO INFORMACJI NT. STANU ZDROWIA PACJENTA:

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: …….…….. Imię: ……..……

tel. …… Adres zamieszkania…….……..

Działając na podstawie art. 9, ust. 3, Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

☐ **upoważniam wyżej wymienioną osobę**
☐ **nie upoważniam nikogo**

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: …….…….. Imię: …….

tel. …… Adres zamieszkania…….……..

Działając na podstawie art. 26, ust. 1, Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

☐ **upoważniam wyżej wymienioną osobę**
☐ **nie upoważniam nikogo**

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

☐ w pełnym zakresie
☐ w zakresie ograniczonym do ……..

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: …….…….. Imię: ……..

tel. …… Adres zamieszkania…….……..

Działając na podstawie art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15b ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

☐ **upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru recepty lub zlecenia**

☐ **oświadczam, że recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie, bez szczegółowego jej określenia)**

Data …… CZYTELNY podpis pacjenta ……