

## Upoważnienie do udzielenia informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL pacjenta .....

Na zasadzie art. 9 ust. 3 w zw. z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545.) oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022r. poz. 1304) upoważniam:

1. Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... tel. ....

Adres zamieszkania – korespondencyjny (wg oświadczenia):

.....

2. Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... tel. ....

Adres zamieszkania – korespondencyjny (wg oświadczenia):

.....

3. Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... tel. ....

Adres zamieszkania – korespondencyjny (wg oświadczenia):

.....

do:

- uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, a w tym rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej mojego procesu leczenia, w zakresie wynikającym z títret pierwszego.

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....