

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(data urodzenia)

.....
(PESEL pacjenta)

O ŚWIADCZENIE

Po uzyskaniu informacji o przysługujących mi uprawnieniach, wynikających z art. 13, art. 14 ust. 1 i 2 pkt. 3, art. 23, art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 186), a dotyczących:

- 1) ochrony moich danych zawartych w dokumentacji medycznej;
- 2) możliwości uzyskania informacji o moim stanie zdrowia

u p o w a ż n i a m :

1).....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (telefon kontaktowy lub adres)

2).....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (telefon kontaktowy lub adres)

3).....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (telefon kontaktowy lub adres)

do :

1) udostępnienia mojej dokumentacji medycznej* TAK NIE

2) uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych* TAK NIE

.....
(czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko))

*** UWAGA! PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK „X” W WYBRANYM PRZEZ SIEBIE POLU**