

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta:

Nr PESEL: _____ **lub** dowodu osobistego/paszportu

OŚWIADCZENIE^(A) DOTYCZĄCE UPOWAŻNIENIA DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH

Na podstawie §8 ust.1. pkt 1. Rozporządzenia MZ z dnia 09.11.2015 r.(DzU 2015r. poz. 2069)
w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania .

Ja niżej podpisany oświadczam, **że wyrażam zgodę i upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*:

.....
Nazwisko osoby upoważnionej: Imię osoby upoważnionej:

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon.....Adres:.....
.....

Oświadczam, **że nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo** do przekazywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*)

OŚWIADCZENIE^(B) DOTYCZĄCE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie §8 ust.1. pkt 2. Rozporządzenia MZ z dnia 09.11.2015 r.(DzU 2015r. poz. 2069)
w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania .

Ja niżej podpisany oświadczam, **że wyrażam zgodę i upoważniam** do uzyskiwania/przekazania mojej dokumentacji medycznej *):

.....
Nazwisko osoby upoważnionej: Imię osoby upoważnionej:

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon.....Adres:.....
.....

Oświadczam, **że nie wyrażam zgody i nie upoważniam żadnej osoby** do uzyskiwania /przekazywania mojej dokumentacji medycznej *).

Data: ____ - ____ - ____ Podpis oświadczającego:

.....
Czytelny podpis przyjmującego oświadczenia:

Informacja z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta :

Zakład przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon..

*) niepotrzebne skreślić