OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby, której dokumentacja medyczna dotyczy:

……
imię i nazwisko

……
dowód osobisty – numer

……
PESEL

……
data wystawienia upoważnienia

Upoważniam niżej wskazaną (wskazane) osobę (osoby) do uzyskiwania dokumentacji medycznej:

Dane osoby upoważnionej:	**Dane osoby upoważnionej:**
…… imię i nazwisko	…… imię i nazwisko
…… dowód osobisty – numer	…… dowód osobisty – numer
…… PESEL	…… PESEL

Upoważnienie niniejsze obejmuje *:
☐ dokumentację medyczną z całego procesu leczenia pacjenta
☐ dokumentację medyczną z wybranych okresów leczenia.....
☐ inną dokumentację, jaką?.....

Podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

* w przypadku nie wskazania zakresu upoważnienia będzie ono traktowane, jako równoznaczne z upoważnieniem do uzyskiwania całej dokumentacji medycznej chyba, że pacjent / przedstawiciel ustawowy pacjenta zmieni treść oświadczenia poprzez np. złożenie nowego, odwołującego poprzednie.