

| | |
|---------------------------------------------|--|
| Imię (imiona) i nazwisko pacjenta | |
| Data urodzenia pacjenta | |
| Data wystawienia upoważnienia lub sprzeciwu | |

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI LUB DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z art. 9 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo podejmować decyzję o tym, kto może otrzymywać informacje o jego stanie zdrowia lub kto może otrzymywać jego dokumentację medyczną (np. historię zdrowia i choroby). **Jeśli pacjent chce kogoś upoważnić, może wskazać poniżej imiona, nazwiska oraz daty urodzenia takich osób¹.**

Pacjent może także upoważnić wybrane osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (pacjent.gov.pl).

Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do informacji o stanie zdrowia, dokumentacji lub odbioru recept albo zleceń, **należy skreślić puste pola poniżej.**

| Lp | Dane osoby upoważnionej | | Zakres upoważnienia | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Imię, nazwisko, data urodzenia <i>Podanie daty urodzenia nie jest obowiązkowe. Data urodzenia służy uniknięciu pomyłek przy identyfikacji</i> | Dane kontaktowe <i>Podane dane kontaktowe będą wykorzystywane w celach związanych z udzielaniem informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach</i> | <i>Proszę złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej.</i> | | |
| | | | Udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach | Dostęp do dokumentacji medycznej | Odbiór recept lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędnych dla kontynuacji leczenia * |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ Upoważnienie dokonane przez pacjenta jest wiążące dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą niezależnie od formy, w jakiej jest dokonywane (ustna, pisemna na wzorze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pisemna na innym wzorze, za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta itd.).

* Receptę zaoczną lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne może odebrać **dowolna osoba trzecia**, jeśli pacjent złoży swój podpis poniżej. Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do odbioru recept albo zleceń, należy skreślić puste pole poniżej.

Upoważniam dowolną osobę, która zgłosi się w moim imieniu, do odbioru recept lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Miejsce na podpis pacjenta

SPRZECIW WOBEC PRZEKAZYWANIA INFORMACJI LUB DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z art. 14 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pacjent może za życia sprzeciwić się temu, by po jego śmierci konkretne osoby miały dostęp do jego dokumentacji medycznej lub by osoby te mogły zwalniać lekarzy, pielęgniarki itp. osoby wykonujące zawód medyczny z zachowania tajemnicy dotyczącej pacjenta. Dokumentacja lub informacje mogą być jednak przekazane osobie bliskiej mimo sprzeciwu pacjenta, jeżeli taką decyzję podejmie sąd w ramach toczącego się postępowania.

Jeśli pacjent chce wyrazić taki sprzeciw, powinien wskazać poniżej imiona, nazwiska oraz daty urodzenia konkretnych osób. **Jeżeli pacjent nie chce wyrazić takiego sprzeciwu, należy skreślić puste pola poniżej.**

| Dane osoby, której dotyczy sprzeciw | | Zakres sprzeciwu <i>Proszę złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej.</i> | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Lp. | Imię, nazwisko, data urodzenia <i>Podanie daty urodzenia nie jest obowiązkowe. Data urodzenia służy uniknięciu pomyłek przy identyfikacji</i> | Dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta | Zwalnianie osób wykonujących zawód medyczny z tajemnicy dotyczącej pacjenta |
| | | | |
| | | | |
| | | | |