

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a), .....

zam.: .....

PESEL \_\_\_\_\_ seria i nr dok. tożsamości .....

telefon.....

1. Za mojego życia i po mojej śmierci do uzyskiwania **INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**,:

### A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

( imię, nazwisko , pesel, telefon)

1.....PESEL \_\_\_\_\_

tel.....

2.....PESEL \_\_\_\_\_

tel.....

3.....PESEL \_\_\_\_\_

tel.....

data i czytelny podpis: .....

### B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

.....  
data i czytelny podpis

2.Za mojego życia i po mojej śmierci do uzyskiwania **DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY** :

### A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(imię, nazwisko, pesel ,telefon )

1.....PESEL \_\_\_\_\_

tel.....

2.....PESEL \_\_\_\_\_

tel.....

3.....PESEL \_\_\_\_\_

### B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

.....  
data i czytelny podpis

tel.....

data i czytelny podpis.....

3. Do **ODBIORU RECEPT, ZLECEŃ LUB WYDRUKÓW**, o których mowa w art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

**A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY**

( imię i nazwisko , pesel , telefon )

1. ....PESEL\_-----

tel.....

2. ....PESEL\_-----

tel.....

3. ....PESEL\_-----

tel.....

data i czytelny podpis: .....

**B. UPOWAŻNIAM OSOBY TRZECIE, BEZ SZCZEGÓŁOWEGO ICH OKREŚLANIA**

.....  
data i czytelny podpis

**C. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO**

.....  
data i czytelny podpis

Ponadto oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego oświadczenia.

Podstawa prawna:

Na podstawie §8 pkt.2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015r. W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ( tekst jedn. : Dz.U. Z 2015r, poz.2069).

Dział II, rozdział 5 oraz Dział III ustawy z dn. 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tj. Dz. U. Z 2008r , nr 64 poz. 1027 ze zm.).