

**UPOWAŻNIENIE
DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Informacja dla Pacjenta

1. Pacjent ma prawo do upoważnienia do jego dokumentacji medycznej dowolnej liczby osób.
 2. Pacjent ma prawo do odwołania upoważnienia w dowolnym momencie.
 3. Pacjent ma prawo do nieupoważnienia żadnej osoby do jego dokumentacji medycznej oraz do wskazania osób, którym jego dokumentacja medyczna nie będzie udostępniana.
-

Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

....., dnia
(miejscowość) (data)

I. Dane Pacjenta

1. Imię (imiona) oraz nazwisko

.....
.....

2. PESEL lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości

.....
.....
.....

3. Dane kontaktowe

.....
.....
.....

(proszę podać numer telefonu, adres poczty elektronicznej, adres zamieszkania)

II. Upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej następującą osobę/osoby:

.....
.....
.....

(proszę podać imię i nazwisko oraz nazwę i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej lub jej numer PESEL)

III. Zakres upoważnienia *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- ☐ całość dokumentacji medycznej wytworzonej we wszystkich podmiotach leczniczych
- ☐ całość dokumentacji medycznej wytworzonej tylko w ORTMAK Praktyka Lekarska Artur Makowski w Księżym Dworze
- ☐ nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ wybrany następujący fragment dokumentacji medycznej:

.....
.....
.....
.....

IV. Sprzeciwiam się udostępnianiu mojej dokumentacji medycznej następującej osobie/osobom:

.....
.....
.....
.....

.....

(czytelny podpis Pacjenta)