

SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze	PROCEDURA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA P-08/O	Strona	1/2
		WYDANIE: 1	F 050
ISO 9001: 2008 ISO 27001: 2013	Procedura przyjęcia i wypisania pacjenta ze szpitala	DATA OBOWIĄZYWANIA 2018-05-22	

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU OSOBY  
DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH ORAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_

Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)

oświadczam, że upoważniam osobę

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami) (data urodzenia)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

\_\_\_\_\_  
(Adres, nr telefonu, e-mail)

\_\_\_\_\_  
(Data , czytelny podpis składającego oświadczenie)

- Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)  
oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

\_\_\_\_\_  
(Data , czytelny podpis składającego oświadczenie)

- Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)  
oświadczam, że upoważniam osobę

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami) (data urodzenia)

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

\_\_\_\_\_  
(Adres, nr telefonu, e-mail)

\_\_\_\_\_  
(Data , czytelny podpis składającego oświadczenie)

SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze	PROCEDURA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA P-08/O	Strona	2/2
		WYDANIE: 1	F 050
ISO 9001: 2008 ISO 27001: 2013	Procedura przyjęcia i wypisania pacjenta ze szpitala	DATA OBOWIĄZYWANIA 2018-05-22	

3. Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)

oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

\_\_\_\_\_  
(Data , czytelny podpis składającego oświadczenie)

4. Oświadczam, że odwołuję upoważnienie dla osoby bliskiej wskazanej w pkt 3 oświadczenia na dalsze uzyskiwanie dokumentacji dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych z dniem

\_\_\_\_\_  
(Data , czytelny podpis składającego oświadczenie)

### **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA\***

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym<sup>1)</sup> małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej<sup>1)</sup>;

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej – wpisać czytelnie drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data                      czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

\* w przypadku dwóch lub więcej osób oświadczenia składa się oddzielnie dla każdej z nich

1) Pojęcie opiekuna faktycznego należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust 1 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga