

....., dnia roku

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/podpisana zamieszkała/zamieszkały w przy ul., posiadająca/ posiadający numer PESEL i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer wydanym w dniuprzez, ważnym do dnia,**upoważniam** zamieszkałą/zamieszkałego w, ul., posiadającą/posiadającego numer PESEL i legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym numer wydanym w dniu przez Prezydenta Miastaważnym do dnia do:

1) **uzyskiwania wszelkich informacji** (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry) **o moim stanie zdrowia**, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;

2) **dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów)** do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Niniejsze upoważnienie jest udzielone **bezterminowo** i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

.....
(podpis)