

**Upoważnienie do udzielenia informacji o stanie zdrowia,
do dokumentacji medycznej oraz do odebrania recepty lub
zlecenia**

Nazwisko i imię pacjenta:

.....

PESEL

Płeć: Kobieta*

Mężczyzna*

Inne*

• **Dane osoby upoważnionej:**

Nazwisko: Imię:

.....

PESEL

tel.

Adres

zamieszkania.....

..

Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 1304) upoważniam wyżej wymienioną osobę/nie upoważniam nikogo*
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

• **Dane osoby upoważnionej: jw./inna osoba***

Nazwisko: Imię:

.....

PESEL

tel.

Adres

zamieszkania.....

..

Działając na podstawie art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 1304) upoważniam wyżej wymienioną osobę/nie upoważniam nikogo*
do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w pełnym zakresie/w zakresie ograniczonym do:

.....

.....

• **Dane osoby upoważnionej: jw./inna osoba***

Nazwisko: Imię:

.....

PESEL

tel.

Adres

zamieszkania.....

..

Działając na podstawie art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (Dz.U.2023.0.1516) oraz art. 15b ust.3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach
pielęgniarki i położnej (Dz.U.2022.0.2702) upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru kodu
e-recepty, e-skierowania lub zaświadczenia albo skierowania lub zlecenia/oświadczam, że recepty
lub zlecenia mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie, bez szczegółowego jej
określenia) pod warunkiem podania przez nią moich danych z nr PESEL*

Data podpis pacjenta

* - niepotrzebne skasować lub przekreślić