

.....
(*miejsowość*)

.....
(*data*)

Ja niżej podpisany/a.....(*imię i nazwisko*) posługujący/a się numerem PESEL*/ data urodzenia.....Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („Ustawa”) oświadczam, że do otrzymywania **informacji o stanie zdrowia** mojego/ mojego dziecka**

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL lub data urodzenia

I udzielonych świadczeniach medycznych

nie upoważniam nikogo

upoważniam Pana/Panią.....

Dane osoby upoważnionej

PESEL*/ data urodzenia.....Telefon kontaktowy.....

Adres.....

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

do uzyskiwania **dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka**** a w szczególności wyników badań, recept, wyników konsultacji

nie upoważniam nikogo

upoważniam Pana/Panią.....

Dane osoby upoważnionej

PESEL*/ data urodzenia.....Telefon kontaktowy.....

Adres.....

Świadomy iż zgodnie z postanowieniami Ustawy po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniana jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, a także osobie bliskiej pacjenta, chyba, że udostępnieniu sprzeciwi się pacjent.

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu.....roku

.....
czytelny podpis pracownika Mój Doktor sp. z o.o.
stwierdzającego własnoręczność podpisu

WAŻNE! Informujemy o możliwości złożenia w/w oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta IKP. Informujemy iż oświadczenia złożone za pośrednictwem IKP będą skuteczne w stosunku do wszystkich wskazanych przez Panią/ Pana podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Nadto informujemy, iż za pośrednictwem IKP mają Państwo możliwość weryfikacji zakresu złożonych oświadczeń, ich modyfikowania oraz odwołania, w każdym momencie.

Upoważnienie zostało anulowane dnia.....przez.....
Czytelny podpis pacjenta (czytelny podpis)
PESEL/ data urodzenia*.....
.....
czytelny podpis pracownika Mój Doktor sp. z o.o.

*w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

**niepotrzebne skreślić