

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO:

- UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
- UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość:	
Data:	
Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych /udostępnienia jego dokumentacji medycznej	

Dane identyfikujące Pacjenta: (A) (proszę podać dane umożliwiające identyfikację tożsamości Pacjenta)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W przypadku dziecka – numer PESEL rodzica/opiekuna prawnego *	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego *	
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która składa oświadczenie)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba upoważniona przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Opiekun prawny Pacjenta pozostającego pod jego opieką
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art.9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

O UPOWAŻNIENIU do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych przez niżej wymienioną osobę

O BRAKU UPOWAŻNIENIA do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielony świadczeniach zdrowotnych

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

O UPOWAŻNIENIU do uzyskiwania dokumentacji medycznej, przez niżej wymienioną osobę.

O BRAKU UPOWAŻNIENIA KOGOKOLWIEK do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta.

Zakres udzielonego upoważnienia:

- Dostęp do dokumentacji w **pełnym zakresie**
- Dostęp do dokumentacji w **ograniczonym zakresie**
- Dostęp do dokumentacji powstałej **jedynie w niniejszej Jednostce.**
- Dostęp do dokumentacji powstałej w **niniejszej Jednostce oraz w pozostałych Jednostkach.**
- Dostęp do dokumentacji także **po śmierci** Pacjenta bez względu na Jednostkę ją tworzącą.

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Oświadczam, że składałem/nie składałam/ałem* oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oświadczam, że zostałam/ałem poinformowana/y o możliwości złożenia oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

* *niepotrzebne skreślić*

Miejsce i data	Podpis czytelny składającego oświadczenie	Data i podpis czytelny przyjmującego oświadczenie

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż informacje o przysługujących Pani/Panu prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych można uzyskać w rejestracji lub na stronie internetowej www.scs-primadent.pl