
Miejscowość

D D M M R R R R
Data

Upoważnienie

Ja, _____ urodzony/-a w dniu _____

w _____, legitymujący/-a się dowodem osobistym serii _____,

nr PESEL _____ na podstawie art. 9 ust. 3 i art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127 t.j. z dnia 17.06.2019) w związku z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069 z dnia 08.12.2015), niniejszym upoważniam _____ zamieszkałego/-ą w _____

legitymującego/-ą się dowodem osobistym serii _____, nr PESEL _____ do wglądu do wszelkiej dokumentacji medycznej, w tym karty choroby i wyników badań, oraz do pozyskiwania informacji o przebiegu mojego leczenia, zagrożeniach związanych z przeprowadzanymi w związku z moim leczeniem zabiegami i o ich ewentualnych skutkach.

Podpis