

**Upoważnienie
do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta**

1. Dane osoby upoważniającej:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Nr telefonu

2. Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko

Nr PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Ja niżej podpisany/-a, którego/-ej dane zostały określone w pkt 1, oświadczam, że upoważniam osobę wskazaną w pkt 2 do jednorazowego dostępu do mojej dokumentacji medycznej w sposób określony w złożonym wniosku.

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.)