

F-001/INM/018

 ...................................., dnia............................…r.

DANE PACJENTA:

............................................................................................. Forma złożenia:

imię i nazwisko pacjenta Ustnie

v

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Pisemnie

v

PESEL pacjenta lub dana urodzenia opcjonalnie

1.

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach 1

.................................................................................................................................. Nie upoważniam nikogo do dostępu

imię i nazwisko do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

............................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

2.

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej Nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej

.........................................................................................................................................

 imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

............................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

3.

Upoważniam do odbioru recept lub zleceń:

.........................................................................................................................................

 imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

Recepty lub zlecenia mogą być odbierane przez dowolne osoby działające w moim imieniu

............................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

**SPRZECIW WOBEC PRZEKAZYWANIA INFORMACJI/DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA**

Dostęp do informacji oraz dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci mają osoby bliskie3

Wyłączenie osób bliskich z dostępu do dokumentacji medycznej lub informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dane osoby, której dotyczy sprzeciw  | Zakres sprzeciwu (złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej) |
|  | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Dostęp do dokumentacji medycznej | Dostęp do informacji o udzielonych świadczeniach |
| 1. |  |  - -  |  |  |
| 2. |  |  - -  |  |  |
| 3. |  |  - -  |  |  |

Wszystkich osób bliskich

............................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

złożyć w przypadku sprzeciwu wobec wszystkich osób bliskich

**Pouczenie:**

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta daje możliwość wskazania przez pacjenta osób, którym można przekazywać informacje o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach.

2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta daje możliwość wskazania przez pacjenta osób, które będą miały dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.

3.Zgodnie z art. 14 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pacjent może za życia sprzeciwić się temu, by po jego śmierci konkretne osoby miały dostęp do jego dokumentacji medycznej lub by osoby te mogły zwalniać lekarzy, pielęgniarki itp. osoby wykonujące zawód medyczny z zachowania tajemnicy dotyczącej pacjenta.

 Dotyczy to osób bliskich tj. małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowy, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej.