Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zespół Leczenia Środowiskowego
ul. Szczecińska 31, 77-300 Człuchów

# UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

**Dane Pacjenta:**
Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**1. Oświadczenie Pacjenta**
Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:
☐ **Upoważniam** wskazaną poniżej osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.
☐ **Nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

**Dane osoby upoważnionej:**
Imię i nazwisko: .....

Dodatkowe dane umożliwiające identyfikację (jeżeli potrzebne): .....

Stopień pokrewieństwa lub relacja z Pacjentem (opcjonalnie): .....
**2. Zakres upoważnienia**
Upoważnienie obejmuje uzyskiwanie informacji o:
1. Moim stanie zdrowia.
2. Rozpoznaniu oraz wynikach przeprowadzonych badań.
3. Proponowanych i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.
4. Stosowanych metodach diagnostycznych i leczniczych.
5. Przebiegu leczenia i rokowaniu.

**Ewentualne ograniczenia zakresu upoważnienia:** .....

.....
**3. Cofnięcie upoważnienia**
Przyjmuję do wiadomości, że:
1. Udzielenie upoważnienia jest dobrowolne.
2. Mogę w każdym czasie cofnąć lub zmienić udzielone upoważnienie.
3. Cofnięcie lub zmiana upoważnienia zostaną odnotowane w dokumentacji medycznej.
4. Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia nie jest równoznaczne z upoważnieniem do dostępu do dokumentacji medycznej, które może zostać udzielone odrębnie.

**4. Podpis Pacjenta**
Miejscowość i data: .....

Czytelny podpis Pacjenta: .....

Podpis osoby przyjmującej upoważnienie: .....

**5. Cofnięcie upoważnienia** *(jeżeli dotyczy):*
Data cofnięcia upoważnienia: .....

Imię i nazwisko osoby, której upoważnienie cofnięto: .....

Podpis Pacjenta lub adnotacja o sposobie złożenia oświadczenia: .....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie: .....