

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

**UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W PODMIOCIE LECZNICZYM TELEKTG SP. Z O.O.**

I. Dane pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

II. Na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oświadczam, że upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej następującą osobę/osoby:

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

e-mail: _____

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

e-mail: _____

III. Upoważnienie obejmuje:

całość dokumentacji medycznej wytworzonej we wszystkich podmiotach leczniczych

całość dokumentacji medycznej wytworzonej tylko w Podmiocie Leczniczym

wybrany fragment dokumentacji medycznej:

IV. Dokumentacja może zostać udostępniona:

za życia

po śmierci

_____ Data i podpis Pacjentki

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

**ODMOWA UPOWAŻNIENIA DO UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W PODMIOCIE LECZNICZYM TELEKTG SP. Z O.O.**

I. Dane pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

II. Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

_____ Data i podpis Pacjentki

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

**SPRZECIW DOT. UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W PODMIOCIE LECZNICZYM TELEKTG SP. Z O.O.**

I. Dane pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

II. Sprzeciwiam się udostępnianiu mojej dokumentacji medycznej następującej osobie/osobom:

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

Imię (imiona) i nazwisko: _____

PESEL (lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości): _____

Data i podpis Pacjentki