

Opole, dnia .....

Pieczęć podmiotu leczniczego

### Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko upoważniającego .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Na podstawie §26 ust. 1 pkt 2) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz.1318 ze zm.)

Upoważniam ..... (imię i nazwisko)

Data urodzenia..... nr tel. ....

zamieszkały .....

do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Upoważnienie obejmuje prawo do:

- odbioru\*
- wglądu\*
- uzyskiwania kopii\*
- wyciągów\* lub odpisów\*
- inne:.....

Niniejsze upoważnienie ma charakter :

- jednorazowy\*
- stały\*

.....

podpis, miejscowość i data

\*niewłaściwe skreślić