

## Upoważnienie

.....  
Imię i nazwisko pacjenta\*

.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego\*

.....  
PESEL pacjenta\*

.....  
adres przedstawiciela ustawowego\*

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

**upoważniam niżej wymienioną osobę\*/nie upoważniam nikogo\***

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
PESEL osoby upoważnionej

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej\*/ do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta pozostającego pod moją opieką\*:

- W pełnym zakresie\*/ w zakresie ograniczony do\*: .....
- Wyłącznie w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminna Przychodnia Lekarska w Iwonicz-Zdrój\*** / w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminna Przychodnia Lekarska w Iwonicz-Zdrój** oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą\*.

.....  
czytelny podpis pacjenta\*/przedstawiciela ustawowego\*

**Dodatkowo upoważniam wyżej wymienioną osobę\*/nie upoważniam nikogo\* do:**

- do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych\*
- do odbioru recept\* i wyników badań\*
- do odbioru skierowań lekarskich\* i zleceń lekarskich\*
- do odbioru zleceń na wyroby medyczne\*
- do.....\*

.....  
czytelny podpis pacjenta\*/przedstawiciela ustawowego\*