



## UPOWAŻNIENIE

Ja, (Imię, Nazwisko, PESEL).....

..... niżej podpisana/y będąca/y przedstawicielem ustawowym (Imię, Nazwisko, PESEL)

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM\*** do uzyskania **informacji** o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w/w pacjentowi, Pana/Panią:

.....

*(Zalecamy podanie danych umożliwiających identyfikację osoby upoważnionej np. imię i nazwisko, PESEL, adres, telefon)*

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM\*** do uzyskiwania **dokumentacji medycznej** w/w pacjenta, Pana/Panią: .....

*(Zalecamy podanie danych umożliwiających identyfikację osoby upoważnionej np. imię i nazwisko, PESEL, adres, telefon)*

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM\*** do odbioru recept oraz zleceń wystawionych dla w/w pacjenta, następujące osoby: .....

.....

- **NIE WYRAŻAM / WYRAŻAM\*** zgody(ę) na odbiór recept, zleceń w/w pacjenta przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób

- Na mój wniosek (wyrażony pisemnie bądź ustnie) **dokumentację medyczną w/w pacjenta proszę przekazywać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej**, w tym w postaci skanu bądź innego odwzorowania cyfrowego, na następujący adres skrzynki podawczej lub **e-mail**:  
..... Hasło do otwarcia zaszyfrowanej korespondencji proszę przekazywać w wiadomości sms na **nr telefonu komórkowego**: .....

- Zaproszenia (linki) do udziału w przeprowadzanych drogą elektroniczną (webinar) szkoleniach zaleconych przez lekarza, proszę przysyłać na **adres e-mail**: .....

Niniejsze upoważnienie zostaje podpisane na czas nieokreślony i może zostać zmienione lub unieważnione jedynie w formie pisemnej.

Niepodanie danych umożliwiających jednoznaczne zidentyfikowanie osoby upoważnionej może skutkować trudnościami w uzyskaniu dostępu do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do dokumentacji medycznej w/w osoby, dla której jest Pan/Pani przedstawicielem ustawowym.

*\*niepotrzebne skreślić*

.....

Data

.....

Podpis pacjenta