



UPOWAŻNIENIE

Ja, (Imię, Nazwisko, PESEL).....

....., niżej podpisana/y oświadczam, że:

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM*** do uzyskiwania **informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

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

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM*** do uzyskiwania mojej **dokumentacji medycznej**

Pana/Panią:

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

Oświadczenia o upoważnieniu **ZŁOŻYŁEM / NIE ZŁOŻYŁEM*** za pośrednictwem **INTERNETOWEGO KONTA PACJENTA (IKP) ****

- **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO / UPOWAŻNIAM*** do odbioru moich **recept** oraz **zleceń** następujące osoby:.....

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

- Na mój wniosek (wyrażony pisemnie bądź ustnie) **dokumentację medyczną 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 Pani/Pana stanie zdrowia i udzielonych Pani/Panu świadczeniach zdrowotnych oraz do Pani/Pana dokumentacji medycznej.

**** Ośrodek może zapoznać się z treścią oświadczenia, tylko w przypadku nadania przez Pana/Panią upoważnienia do dostępu do IKP. Oświadczenie złożone w IKP ma zastosowanie także do informacji o Pana/Pani stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej, we wszystkich placówkach medycznych, w których korzystał(a) Pan/Pani ze świadczeń opieki zdrowotnej.**

***niepotrzebne skreślić**

.....

Data

.....

Podpis pacjenta