

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKANIA WYNIKÓW BADAŃ/RECEPT/  
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

Ja niżej podpisany

....., PESEL.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **upoważniam/ nie upoważniam\*** Panią/Pana

....., PESEL.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

zam....., TEL:.....  
Dane kontaktowe osoby upoważnionej

do:

- 1)  uzyskania moich wyników badań/recept
- 2)  informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych na czas nieokreślony

\* **zaznaczyć właściwe**

w Inter-Med S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Ignacego Krasickiego 14,  
42-500 Będzin, tel: (0-32) 360 10 30

Art 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu do jego dokumentacji upoważnia za życia.

Z poważaniem

.....