

....., dnia r.

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i
Rzeczniku Praw Pacjenta

Dane pacjenta (upoważniającego)

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Data urodzenia	
Nr dokumentu tożsamości	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

Niniejszym upoważniam:

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko	
PESEL	
Nr dokumentu tożsamości	
Stosunek do pacjenta (np. syn/córka/mąż/żona)	

Zakres upoważnienia

- ☐ wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą mojego leczenia
- ☐ odbioru kopi / odpisów / wyciągów z dokumentacji medycznej
- ☐ odbioru oryginału dokumentacji medycznej (za pokwitowaniem)

Zakres dokumentacji (opcjonalnie)

Nazwa placówki medycznej	
Okres leczenia / rodzaj dokumentacji	

Podstawa prawna: art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2022 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304).

.....
(czytelny podpis pacjenta / upoważniającego)