

Katowice, dnia

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany(a) PESEL:

Zamieszkały(a).....

Upoważniam:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania osoby upoważnionej

PESEL

e-mai

do odbioru mojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia”

Upoważnienie jest ważne:

jednorazowo

na czas nieokreślony, do odwołania

zarówno za mojego życia, jak również po mojej śmierci

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z obowiązującymi przepisami:

- wykonanie kopii, odpisów lub wyciągów z mojej dokumentacji medycznej jest odpłatne,
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej przez SPZLA osobie uprawnionej zobowiązuje do jej odbioru za pokwitowaniem i niezwłocznego zwrotu po wykorzystaniu.

Jednocześnie oświadczam, iż zwalnam SP ZLA z obowiązku zachowania w tajemnicy moich danych osobowych w zakresie objętym upoważnieniem.

.....
data i podpis upoważniającego

.....
data i podpis pracownika przyjmującego upoważnienie

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2024, poz. 798 z późn. zm.),

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581 z późn. zm.),

Wszelkie informacje o osobach upoważnionych przez pacjenta wykorzystywane będą wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych – „RODO”.