

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta .....

Pesel .....

Adres ....., nr telefonu .....

**OŚWIADCZAM, ŻE:** (proszę o zaznaczenie wybranej pozycji znakiem „X”)

- Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych
- Upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (również w przypadku śmierci)
- Upoważniam do odbierania recept, w tym kodów recept elektronicznych
- Nie upoważniam NIKOGO do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (również w przypadku śmierci)

Jednocześnie oświadczam, że zwalnim SPZLA „Moja Przychodnia” w Katowicach z obowiązku zachowania tajemnicy moich danych osobowych w zakresie objętym upoważnieniem

Imię i nazwisko osoby upoważnionej .....

Adres zamieszkania .....

Pesel lub nr dokumentu tożsamości ....., nr tel. ....

Adres e-mail .....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej .....

Adres zamieszkania .....

Pesel lub nr dokumentu tożsamości ....., nr tel. ....

Adres e-mail .....

.....  
data, czytelny podpis pacjenta

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.)

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