OD NOWA TY

……., dnia …… roku

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/podpisana …….. zamieszkała/zamieszkały w ……., przy ul. ……., ……., posiadająca/ posiadający numer PESEL ……. i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer ……. wydanym w dniu ……przez ……., ważnym do dnia ……,**upoważniam ……** zamieszkałą/zamieszkałego w……, ul. ……., posiadającą/posiadającego numer PESEL……i legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym numer ……. wydanym w dniu ……. przez Prezydenta Miasta ……ważnym do dnia ……do:

1) **uzyskiwania wszelkich informacji** (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) **o moim stanie zdrowia**, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;

2) dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medyczne**j** (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Niniejsze upoważnienie jest udzielone **bezterminowo** i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

……..……..

(podpis)