Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy ……………………………………………

37-110 Żołynia, ul. Górska 8 Miejscowość, data

**UPOWAŻNIENIE**

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na podstawie § 8 ust.1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania upoważniam:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zam. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oraz

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zam. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w szczególności do:

* reprezentowania moich interesów prawnych i faktycznych, w tym podejmowania wszelkich czynności administracyjnych, finansowych, medycznych, organizacyjnych związanych z moim pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. Matki Teresy z Kalkuty w Żołyni,
* uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
* uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, w tym do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów mojej dokumentacji medycznej.

Upoważnienie powyższe obowiązuje do czasu odwołania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta