**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA** **INFORMACJI /DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta.......................................................................................................................... nr PESEL/data urodzenia..........................................................................................................................

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna\*: …………………………….……………………………………….……..………………………………………………………......................

nr PESEL/data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………..…………..

…………………………….……………………………………….……..………………………………………………………......................

nr PESEL/data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………..…………..

\*wypełnić w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba ubezwłasnowolniona/małoletnia)

**1. UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH PACJENTOWI**

□ Nie upoważniam nikogo

□ Upoważniam:

1. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

**2. UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

□ Nie upoważniam nikogo

□ Upoważniam:

1. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

□ Wyrażam sprzeciw do dostępu do mojej dokumentacji medycznej moim bliskim po mojej śmierci

\* wypełnić jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjent

**3. UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ**

□ Oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawiane w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

□ Upoważniam :

1. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

3. Pana/Panią............................................................. Nr PESEL/data urodzenia…………………..………………

…........................................................................ ………………………………………………………………..

Data i podpis osoby składającej oświadczenie Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8 są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. ( Dz.U. nr 210 poz 2135 z późń. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie do wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

Podpis Pacjenta …………………………………………