SZTENC · GABINETY SPECJALISTYCZNE
Gabinet Lekarski dr n. med. Sławomir Sztenc · ul. Tadeusza Kościuszki 4, 89-200 Szubin · tel. 52 384 81 88 · gabinet@sztenc.pl

Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

Oświadczenie pacjentki o upoważnieniu osoby do dostępu do jej dokumentacji medycznej

Podstawa prawna: art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

1. Dane pacjentki

Imię i nazwisko pacjentki

Data urodzenia

PESEL (a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

Telefon kontaktowy

2. Oświadczenie (zaznacz jedną odpowiedź)

☐ **Upoważniam** niżej wymienione osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Gabinet Lekarski dr n. med. Sławomir Sztenc:

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	PESEL lub numer dokumentu tożsamości	Telefon lub inne dane kontaktowe
1			
2			
3			

☐ **Nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

3. Zakres upoważnienia

☐ cała dokumentacja medyczna

☐ wyłącznie następująca część dokumentacji (np. wyniki badań, okres leczenia):

4. Ważne informacje

- Osoba upoważniona, odbierając dokumentację lub przeglądając ją w Gabinecie, okazuje dokument tożsamości.
- Upoważnienie można w każdej chwili zmienić lub odwołać, składając nowe oświadczenie w Gabinecie. Nowe oświadczenie zastępuje wcześniejsze.
- Po śmierci pacjentki dokumentacja jest udostępniana m.in. osobie upoważnionej przez nią za życia (art. 26 ust. 3 ustawy).
- Upoważnienie do dokumentacji nie obejmuje udzielania informacji o stanie zdrowia – do tego służy osobny formularz.

☐ Potwierdzam, że zostałam poinformowana o możliwości złożenia tego oświadczenia także przez Internetowe Konto Pacjenta (pacjent.gov.pl).

Miejscowość i data

Czytelny podpis pacjentki

Jeżeli pacjentka jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie, oświadczenie składa jej przedstawiciel ustawowy:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wypełnia Gabinet

Data przyjęcia oświadczenia

Imię, nazwisko i podpis pracownika

Administratorem danych osobowych jest Sławomir Sztenc, prowadzący działalność pod firmą Gabinet Lekarski dr n. med. Sławomir Sztenc, ul. Tadeusza Kościuszki 4, 89-200 Szubin. Dane z formularza przetwarzamy w celu realizacji praw pacjenta i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO). Pełna klauzula informacyjna: sztenc.pl/rodo oraz w rejestracji.