**Załącznik nr 1**

**Do Procedury**

**Udostępniania Dokumentacji Medycznej**

**Upoważnienie przez pacjenta udzielone osobie trzeciej**

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta: …………………………………………………….

Miejsce zamieszkania:  *(miejscowość i data)*

Nr PESEL:

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości\*

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159) upoważniam:

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

*(imię i nazwisko)*

legitymującego się dowodem osobistym seria i nr\*……………………………………………………………

do uzyskiwania dotyczącej mojej osoby dokumentacji medycznej. Upoważnienie obejmuje prawo do:

1. wglądu do dokumentacji medycznej określonej w pkt 3. ❑
2. uzyskania:
3. kopii (kserokopia bez potwierdzenia zgodności z oryginałem) dokumentacji medycznej   
   określonej w pkt 3. ❑
4. odpisu/wypisu (pełen tekst dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem) dokumentacji medycznej określonej w pkt 3. ❑
5. wyciągu (fragment tekstu dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem) dokumentacji medycznej określonej w pkt 3. ❑
6. kopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 3. na elektronicznym nośniku danych ❑
7. Dokumentacja dotyczy leczenia w (należy podać nazwę poradni i datę wizyty) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. karta choroby, wyniki badań, modele - podać jakie, inna) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(czytelny podpis)*

\* w przypadku posiadania innego dowodu tożsamości, podać rodzaj i numer dowodu tożsamości