

OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA PACJENTA

DANE PACJENTA:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców):

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką, na mocy art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

☐ nie upoważniam nikogo

☐ upoważniam poniżej wymienioną osobę do [zaznaczyć odpowiednio X]:

- ☐ dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w XYNEO. FUNDACJA ROZWOJU MEDYCYNY SPERSONALIZOWANEJ. dotyczącej ww. pacjenta.
- ☐ udzielania tej osobie informacji o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Zakres upoważnienia (zaznaczyć X):

☐ Dostęp do dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji elektronicznej, formularzy i ankiet medycznych wytworzonych w XYNEO – Fundacji Rozwoju Medycyny Spersonalizowanej.

☐ Udzielanie informacji o stanie zdrowia na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta.

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko:

--

nr PESEL lub data urodzenia:

--

dane kontaktowe osoby upoważnionej (podać w przypadku upoważnienia do udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych):

--

data oraz czytelny podpis upoważniającego		data oraz czytelny podpis pracownika Xyneo

POUCZENIE:

1. Upoważnienie może być w każdym czasie **odwołane** lub **zmienione** — w formie pisemnej.
2. Pracownik placówki ma obowiązek **zweryfikować tożsamość** osoby udzielającej upoważnienia.
3. W przypadku udzielenia upoważnienia, dane osoby wskazanej będą przetwarzane zgodnie z zasadami wynikającymi z RODO wyłącznie w celu realizacji upoważnienia.