

## Dane pacjenta

imię i nazwisko: .....

data urodzenia, pesel: .....

adres zamieszkania: .....

### 1. Niniejszym upoważniam Pana / Panią:

.....  
(imię i nazwisko, pesel/data urodzenia, telefon kontaktowy)

.....  
(imię i nazwisko, pesel/data urodzenia, telefon kontaktowy)

a) uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w RCM Lubimed.pl.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

b) uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w RCM Lubimed.pl, w tym także na wypadek mojej śmierci.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

c) uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w RCM Lubimed.pl: recepty, wyników badań, zwolnień, skierowań,

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

### 2. Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do:

a) uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w RCM Lubimed.pl

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

b) uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w RCM Lubimed.pl, w tym także na wypadek mojej śmierci w tym także: recepty, wyników badań, zwolnień, skierowań.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

**Niniejsze oświadczenie podpisuję będąc w pełni władzy umysłowej, po przedstawieniu mi w sposób jasny i zrozumiały przez personel RCM Lubimed.pl informacji o moich uprawnieniach w zakresie oświadczenia.**

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta )

.....  
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie )

#### Podstawa prawna:

Na podstawie §8 pkt 1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U z 2015 r., poz. 2069)