

**OŚWIADCZENIA PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA\* SPECJALISTYCZNEJ  
OPIEKI POZASZPITALNEJ****I. Dane Pacjenta**

Nazwisko i imię .....PESEL:

**II. Dane przedstawiciela ustawowego Pacjenta (część wypełniana w przypadku pacjentów  
małoletnich lub ubezwłasnowolnionych)**

Nazwisko i imię: .....PESEL:

**III. Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mu  
świadczaniach zdrowotnych:**

A. Niniejszym <b>upoważniam</b> niżej wskazaną osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/o stanie zdrowia Pacjenta* i udzielanych mi/mu* świadczeniach zdrowotnych
1. Imię ..... Nazwisko .....
2. Dane do kontaktu ( adres, telefon, inny ) .....
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo

**IV. Oświadczenie Pacjenta/przedstawiciela ustawowego Pacjenta\* o upoważnieniu do uzyskiwania  
dokumentacji**

A. Niniejszym <b>upoważniam</b> niżej wskazaną osobę do dostępu do dokumentacji medycznej**
3. Imię ..... Nazwisko .....
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo
..... (Dodatkowe informacje)

*Zostałem/am poinformowany/a o tym, że Administratorem moich danych osobowych jest Szpital Wolski im. Prof. W. Orłowskiego  
w Warszawie, ponadto zapoznałem/am się z informacjami skierowanymi do Pacjentów Szpitala - wypełniającymi postanowienia art. 13  
ust. 1 i 2 RODO – dostępnymi m. in. w punktach rejestracji Pacjenta, na stronie internetowej Szpitala.*

.....  
( data i czytelny podpis Pacjenta)**Objaśnienia:**

\*- niepotrzebne skreślić

\*\*- w przypadkach, w których osobami upoważnionymi są osoby wskazane w rubryce 2 w miejscu na „, Dodatkowe informacje” wystarczy  
odwołać się do wcześniej wskazanych osób.

Podstawa prawna: .art.26 ust.1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. § 8 ust. 1 pkt. 1i 2 , ust.3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej  
przetwarzania.**UWAGI PERSONELU MEDYCZNEGO\***.....  
( data, podpis i pieczęć osoby dokonującej wpisu)\*dodatkowe informacje związane z możliwością, lub brakiem możliwości złożenia podpisu przez Pacjenta, ustnym wskazaniu danych przez Pacjenta,  
odnotowane przez personel medyczny.