Mława, dnia ….... ….…. ……..…. roku

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA**

**INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany/podpisana ………………………………. zamieszkała/zamieszkały w ………………………., przy ul. …….……………………………., …………….……..., posiadająca/ posiadający numer PESEL ……………………..…… i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer ……………………………..…….… wydanym w dniu …….….……………przez …………………..………...., ważnym do dnia ………………………….……,**upoważniam** ……………………………..………… zamieszkałą/zamieszkałego w …………………….…, ul. ………………..….….…………., posiadającą/posiadającego numer PESEL ………………..……………………… i legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym numer ……………………………… wydanym w dniu …………………...… przez Prezydenta Miasta ……….………...……ważnym do dnia ……………………….… do:

1. **uzyskiwania wszelkich informacji** (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) **o moim stanie zdrowia**, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;
2. dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Niniejsze upoważnienie jest udzielone **bezterminowo** i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

…………………………………..………..

(podpis)