UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU LUB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. Dane osoby udzielającej upoważnienia

Imię i nazwisko pacjenta / przedstawiciela ustawowego:	PESEL / data urodzenia, jeżeli brak PESEL:
_____	_____
_____	_____
Adres do korespondencji:	**Telefon / e-mail do kontaktu:**
_____	_____
_____	_____

Działam jako:

[ ] pacjent

[ ] przedstawiciel ustawowy pacjenta.

Podstawa przedstawicielstwa ustawowego: _____

B. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko pacjenta:	PESEL pacjenta / data urodzenia, jeżeli brak PESEL:
_____	_____
_____	_____

Wypełnić, jeżeli upoważnienia udziela przedstawiciel ustawowy albo gdy dane pacjenta różnią się od danych osoby udzielającej upoważnienia.

C. Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:	PESEL / data urodzenia, jeżeli brak PESEL:
_____	_____
_____	_____
Rodzaj dokumentu tożsamości okazywanego przy odbiorze:	**Seria i numer dokumentu - wypełnić tylko, jeżeli jest to niezbędne do jednoznacznej identyfikacji:**
_____	_____
_____	_____

Telefon / e-mail osoby upoważnionej - opcjonalnie:

_____

D. Zakres upoważnienia

Upoważniam wskazaną osobę do:
[ ] dostępu do dokumentacji medycznej

[ ] odbioru przygotowanej dokumentacji medycznej

[ ] składania wniosku o udostępnienie dokumentacji w moim imieniu

Zakres dokumentacji:
[ ] cała dokumentacja medyczna w PCM

[ ] dokumentacja z określonej poradni / komórki: _____

[ ] dokumentacja z okresu: _____

Inne ograniczenia zakresu upoważnienia, jeżeli dotyczy:

_____

_____

Czas obowiązywania: [ ] jednorazowo [ ] do odwołania [ ] do dnia: _____

Upoważnienie złożone przez pacjenta za życia jest podstawą udostępnienia dokumentacji także po śmierci pacjenta, o ile nie zostało odwołane albo ograniczone zgodnie z przepisami.

E. Oświadczenie

Oświadczam, że udzielam powyższego upoważnienia dobrowolnie i świadomie.
Przyjmuję do wiadomości, że upoważnienie mogę w każdym czasie odwołać albo zmienić, składając oświadczenie w PCM w formie pisemnej albo ustnej odnotowanej w dokumentacji medycznej.
Przyjmuję do wiadomości, że przed udostępnieniem dokumentacji PCM weryfikuje tożsamość oraz uprawnienie osoby wnioskującej lub odbierającej dokumentację.

_____ _____

miejscowość i data

czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

F. Adnotacje PCM

Sposób złożenia upoważnienia:

[ ] pisemnie

[ ] ustnie do dokumentacji medycznej

[ ] elektronicznie po identyfikacji osoby składającej oświadczenie

Tożsamość osoby udzielającej upoważnienia:

[ ] zweryfikowano na podstawie dokumentu ze zdjęciem

[ ] zweryfikowano elektronicznie

[ ] inny sposób: _____

_____ _____

_____ _____

Data przyjęcia oświadczenia: **Imię, nazwisko i podpis pracownika PCM**

Miejsce odnotowania upoważnienia w dokumentacji medycznej / systemie:

_____

Uwagi, ograniczenia, odwołanie upoważnienia:

_____

_____

Informacja organizacyjna: upoważnienie przechowuje się zgodnie z I01/org. Przy upoważnieniu ustnym pracownik odnotowuje dane osoby upoważnionej, zakres, datę przyjęcia oświadczenia oraz swoje imię, nazwisko i podpis. Administratorem danych osobowych jest Puckie Centrum Medyczne sp. z o.o. sp. k.