

Klinika Silesia
Nowa Ortopedia sp. z o.o.
ul. Biosa 31,45-222 Opole
tel. 774743209, 774165225

Data

Miejscowość.....

**UPOWAŻNIENIE/ODMOWA UPOWAŻNIENIA DO POZYSKIWANIA
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony**

W przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

PESEL rodzica/opiekuna

prawnego*

(w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**)

☐

Nie upoważniam nikogo do pozyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym i świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

☐ Upoważniam niniejszym:

Panią/Pana

PESEL/Data urodzenia

do pozyskiwania informacji o ☐ moim stanie zdrowia ☐ mojego dziecka ☐ osoby
ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* i udzielonych mi
świadczeń zdrowotnych w Nowa Ortopedia sp. z o.o z/s w Opolu.

do pozyskiwania ☐ mojej ☐ mojego dziecka ☐ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem
przedstawicielem ustawowym* dokumentacji medycznej sporządzonej w Nowa Ortopedia sp.
z o.o z/s w Opolu.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

Odwołuję upoważnienie dla wyżej wskazanej osoby oraz oświadczenie na dalsze
udostępnianie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach
zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji medycznej z dniem
.....

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej

Stosownie do treści art. 26 ust 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta istnieje możliwość zgłoszenia sprzeciwu do dostępu do dokumentacji medycznej po
Pani/Pana śmierci.

*zaznaczyć właściwe

** wypełnić jeśli dotyczy

Z chwilą udostępnienia danych osobowych osoby upoważnionej do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia i/lub
dokumentacji medycznej Nowa Ortopedia sp. z o.o. staje się Administratorem Danych Osobowych. Pacjent, w związku z
udostępnieniem danych osobowych, zobowiązany jest do przekazania osobie, której dane udostępnił Administratorowi
informacji o przetwarzaniu jej danych osobowych. Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się w linku poniżej: <https://klinikasilesia.pl/wp-content/uploads/2024/07/Klauzula-informacyjna-dla-osob-upowaznionych-do-odbioru-dokumentacji-i-pozyskiwania-informacji-o-stanie-pacjenta-002.pdf>