\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie Miejscowość Data

PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adres zamieszkania

**UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/-łam\* zapoznany/-a\* z uprawnieniami wynikającymi
z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. z 2016 r.: Dz. U. poz. 186 ze zm.) i oświadczam, co następuje:

1. **Nie upoważniam nikogo\*/Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

1. **Nie upoważniam nikogo\*/Osobą upoważnioną\* do wglądu do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy jest:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

**Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am\* poinformowany/-a\* o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1. przepisy ustawy z dnia 6.11.2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
2. art. 26 ust. 1: *podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta*;
3. art. 26 ust. 2: *po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia*.
4. § 8 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY**

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie materiału w postaci krwi/wymazu/inne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* w celu izolacji DNA i wykonania mikrobiologicznego badania wskazanego w załączonym formularzu.

**Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.**

Zostałem poinformowana/-y\*, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji DNA patogenu oraz wykonania diagnostyki mikrobiologicznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

\*Niepotrzebne skreślić