

OŚWIADCZENIE PACJENTA

zgoda na udzielanie informacji i upoważnienie do dokumentacji medycznej

Jedna osoba upoważniona = jeden formularz; oba uprawnienia zaznacza się oddzielnie

Wersja formularza: 17.08.2026 r.

Administrator: Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu, ul. Hetmana Stanisława Żółkiewskiego 22, 47-400 Racibórz, KRS 0000002168, NIP 6391382284, REGON 273271931.

IOD: dr Elżbieta Kania, e-mail: iod@hospicjumraciborz.pl. **Kontakt:** kontakt@hospicjumraciborz.pl, tel. +48 730 390 450.

WAŻNE: Informacja o stanie zdrowia i dokumentacja medyczna to dwa odrębne uprawnienia. Brak zaznaczenia pola „upoważniam / wyrażam zgodę” oznacza brak uprawnienia w danym zakresie. Pacjent może wskazać kilka osób — każdą na osobnym formularzu.

1. Pacjent i osoba składająca oświadczenie

Imię i nazwisko pacjenta	wpisać pełne dane
PESEL / identyfikacja	PESEL: jeżeli nie nadano — data urodzenia: rodzaj i numer dokumentu:
Oświadczenie składa	☐ pacjent ☐ przedstawiciel ustawowy — opiekun faktyczny ani osoba bliska nie działają wyłącznie z tego tytułu
Jeżeli przedstawiciel	imię i nazwisko, adres, rodzaj i podstawa przedstawicielstwa; dokument do wglądu — jeżeli wymagany

2. Osoba wskazywana przez pacjenta

Imię i nazwisko	jednoznaczne oznaczenie osoby
PESEL / data urodzenia	PESEL: albo data urodzenia:
Relacja z pacjentem	dobrowolnie: sama relacja nie stanowi upoważnienia
Kontakt	telefon: e-mail: podanie jest dobrowolne
Kod do kontaktu na odległość	opcjonalnie: nie wpisywać PESEL ani numeru dokumentu

3. Informacje o stanie zdrowia — art. 9 i 14 ustawy o prawach pacjenta

☐ WYRAŻAM ZGODĘ, aby osoby wykonujące zawód medyczny udzielały osobie wskazanej w pkt 2 informacji o moim stanie zdrowia i świadczeniach w zaznaczonym niżej zakresie; zgoda obejmuje ujawnienie tajemnicy w tym zakresie.

☐ NIE WYRAŻAM ZGODY na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia żadnej osobie. Zaznaczenie tego pola wyłącza zgodę powyżej.

Zakres informacji	☐ pełny zakres z art. 9 ust. 2: stan zdrowia, rozpoznanie, metody, następstwa, wyniki i rokowanie ☐ zakres ograniczony:
Wyłączenia / zastrzeżenia	wskazać informacje, których nie wolno ujawniać, albo wpisać „brak”
Dopuszczony sposób	☐ osobiście ☐ telefon / wideorozmowa po weryfikacji ☐ bezpieczny kanał elektroniczny, jeżeli Hospicjum go udostępnia

KONTAKT NA ODLEGŁOŚĆ: upoważnienie nie zwalnia z potwierdzenia tożsamości i użycia bezpiecznego kanału. Kod pomaga w weryfikacji, lecz nie zastępuje oceny personelu; pacjent przekazuje go osobie wskazanej. Osoba upoważniona może otrzymywać informacje także wtedy, gdy pacjent jest nieprzytomny — do czasu odwołania lub upływu zakresu upoważnienia.

OŚWIADCZENIE PACJENTA — INFORMACJA I DOKUMENTACJA

4. Dokumentacja medyczna — art. 26 ustawy o prawach pacjenta

☐ UPOWAŻNIAM osobę wskazaną w pkt 2 do dostępu do mojej dokumentacji medycznej prowadzonej lub przechowywanej przez Hospicjum, wyłącznie w zaznaczonym niżej zakresie.

☐ NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO do dostępu do mojej dokumentacji medycznej. Zaznaczenie tego pola wyłącza upoważnienie powyżej.

Zakres dokumentacji	☐ całość dokumentacji w Hospicjum ☐ okres od do ☐ rodzaj / poradnia / dokumenty:
Formy udostępnienia	☐ wgląd z możliwością notatek lub zdjęć ☐ wyciąg / odpis / kopia / wydruk ☐ bezpiecznie elektronicznie ☐ nośnik danych
Dodatkowe ograniczenia	wpisać ograniczenia albo „brak”; wydanie oryginału następuje tylko w przypadkach przewidzianych prawem

5. Czas obowiązywania i wcześniejsze upoważnienia

Czas	☐ od podpisania do odwołania ☐ do dnia ☐ tylko okres opieki / zdarzenie: ☐ wyłącznie za życia pacjenta
Wcześniejsze oświadczenia	☐ pozostają w mocy ☐ odwołuję wszystkie wcześniejsze w tym samym zakresie ☐ odwołuję tylko:; brak wyboru oznacza pozostawienie w mocy

PO ŚMIERCI PACJENTA: jeżeli nie zaznaczono ograniczenia „wyłącznie za życia”, osoba upoważniona przez pacjenta za życia zachowuje ustawowe prawo do dokumentacji na zasadach art. 26 ust. 2. Ujawnienie informacji objętych tajemnicą następuje zgodnie z zakresem woli pacjenta i przepisami art. 14.

6. Oświadczenia i podpis

☐ Rozumiem, że oba uprawnienia są odrębne, mogę je zmienić lub odwołać w każdym czasie, a odwołanie działa od chwili przyjęcia i odnotowania przez Hospicjum.

☐ Rozumiem, że oświadczenie nie upoważnia do wyrażania zgody na świadczenia, podejmowania decyzji medycznych, reprezentowania mnie w innych sprawach ani korzystania z moich danych logowania lub IKP.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że osoba wskazana będzie musiała potwierdzić tożsamość i złożyć żądanie w zakresie dokumentacji; sposób przekazania zależy od bezpieczeństwa i możliwości prawnych.

Miejscowość i data	Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela <i>podpis potwierdza zaznaczone zakresy i oświadczenia</i>	Przyjął/a w Hospicjum <i>imię, funkcja, data i podpis</i>
--------------------	--	--

7. Ewidencja Hospicjum

Czynność	Dane / wynik	Data i osoba
Weryfikacja składającego	☐ dokument do wglądu ☐ znana tożsamość ☐ inny bezpieczny sposób; podstawa przedstawiciela:	
Wpis do dokumentacji / systemu	☐ informacja ☐ dokumentacja ☐ odmowa upoważnienia ☐ odwołanie / zmiana	
Uwagi operacyjne	np. zakres, kod zabezpieczony, wcześniejsze upoważnienia, potrzeba wyjaśnienia:	

ZASADY REALIZACJI: oświadczenie może być także złożone ustnie i odnotowane w dokumentacji. Sam formularz nie zastępuje żądania udostępnienia dokumentacji i nie może być narzucany jako jedyna forma. Dokumentację udostępnia się bez zbędnej zwłoki po weryfikacji uprawnienia. Dane formularza stanowią część dokumentacji medycznej i są przetwarzane na podstawie obowiązku prawnego oraz w celu ochrony zdrowia; pełna informacja znajduje się w „Klauzuli informacyjnej — dokumentacja medyczna”.