

## **SZANOWNI PACJENCI !**

Informujemy Państwa, iż jednym z praw określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest prawo do złożenia przez pacjenta:

1. oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,

albo

oświadczenia o braku takiego upoważnienia;

2. oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej,

albo

oświadczenia o braku takiego upoważnienia;

3. oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

## **INFORMACJA O PRAWACH PACJENTA**

### **WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W OLSZTYNIE**

Pacjent WSSE w Olsztynie ma prawo w szczególności do:

1. świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
2. do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia;
3. do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych;
4. do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom;
5. do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Z 2009, Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach;
6. do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot;
7. do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego;
8. do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody;
9. do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta;
10. do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

#### **Podstawa prawna:**

ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Z 2009, Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/ podpisana\* oświadczam, że:

1. a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/zamieszkałą\* w .....

(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel .....

nr telefonu .....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

(\* - niepotrzebne skreślić);

.....  
*data i podpis pacjenta*

2. a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/zamieszkałą\* w .....

(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel .....

nr telefonu .....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej (SPRAWOZDANIA Z BADANIA) dotyczącej mojej osoby\*.

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy\* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej (SPRAWOZDANIA Z BADANIA) dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest\*:

Pan/Pani\* .....

zamieszkały/zamieszkała\* w .....

(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel .....

nr telefonu .....

(\* - niepotrzebne skreślić);

.....  
*data i podpis pacjenta*