

Pacjent może sporządzić oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych zarówno w ramach jak i poza dokumentacją medyczną i tylko od jego woli zależało będzie jaką treść i jaki zakres upoważnienia obejmie to oświadczenie. Jeśli oświadczenie to przybiera najszerszą możliwą formę o upoważnieniu określonej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta, i zostanie załączone do historii określonej choroby, to niezależnie od tego który podmiot medyczny będzie świadczeniodawcą wytwarzającym dokumentację medyczną związaną z tą chorobą, ma obowiązek respektowania oświadczenia wskazującego upoważnioną osobę do uzyskiwania dokumentacji, zarówno za życia jak i po śmierci pacjenta. Tak wynika z wyroku WSA w Warszawie z 31 stycznia 2013 r. sygn. VII SAB/Wa 201/12.

Sąd w uzasadnieniu wskazał również, że nie ma racjonalnego powodu, aby traktować oświadczenie pacjenta złożone pod rządami poprzednio obowiązującego rozporządzenia upoważniające osobę bliską do uzyskania jej dokumentacji, jako sporządzone tylko na użytek świadczeniodawcy, który założył historię choroby, w której oświadczenie takie się znalazło. Zostało ono bowiem sporządzone w związku z określonym zdarzeniem medycznym, które poddawane było leczeniu nie tylko przez świadczeniodawcę sporządzającym tę historię, ale też po transporcie lotniczym, przez kolejnego świadczeniodawcę, który - jak twierdziła strona skarżąca - nie tylko nie pobrał od przytomnej pacjentki zgody na leczenie, ale i nie poinformował pacjentki o jej uprawnieniach uniemożliwiając przez to potwierdzenie oświadczenia złożonego wcześniej. Szpital nie przedstawił Sądowi Wojewódzkiemu dokumentacji z której wynikałoby, że pacjentka odwołała zgodę znajdującą się w dokumentacji innego Szpitala. Nie ma zatem podstaw do przyjęcia, że zgoda udzielona w dniu 1 czerwca 2010 r. mogła stanowić podstawę do odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej mężowi zmarłej, ze względu na konieczność zachowania obowiązku tajemnicy lekarskiej.

W sprawie stan faktyczny był następujący. W dniu 1 czerwca 2010 r. K. A.-K. została przyjęta w trybie nagłym do Szpitala Miejskiego. W dniu 2 czerwca 2010 r. w tymże szpitalu żona skarżącego pisemnie upoważniła swojego męża K. K. do uzyskiwania dokumentacji medycznej na wypadek swojej śmierci. W trakcie leczenia, dnia 20 czerwca 2010 r. K. A.- K. została przewieziona helikopterem do Szpitala Klinicznego w, gdzie tego samego dnia zmarła. Dnia 28 lipca 2010 r. skarżący K. K. wystąpił do Dyrektora Szpitala Klinicznego o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej jego zmarłej żony. W dniu 10 sierpnia 2010 r. Kierownik Archiwum Zakładowego Szpitala Klinicznego w na podstawie pełnomocnictwa uzyskanego od Dyrektora Szpitala Klinicznego odpowiedział na pismo, odmawiając udostępnienia mu dokumentacji medycznej powołując się na art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.

Dnia 6 września 2010 r. pełnomocnik skarżącego skierował pismo do Kierownika Archiwum Zakładowego w Szpitalu Klinicznym w z wnioskiem o wydanie kserokopii protokołu sekcji zwłok, przedkładając pełnomocnictwo udzielone przez skarżącego oraz dokumentację uzyskaną z szpitala Miejskiego. Kierownik Archiwum Zakładowego Szpitala Klinicznego utrzymał swoje stanowisko argumentując to faktem, że upoważnienie K. A.-K., żony skarżącego, dotyczy dokumentacji medycznej wytworzonej przez Szpital Miejski.

*Źródło:* [Orzecznictwo NSA](#)