

.....
(dane identyfikujące PWDL)

**OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA PACJENTA**

DANE PACJENTA:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców):

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką, na mocy art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- nie upoważniam nikogo upoważniam poniżej wymienioną osobę
do [zaznaczyć odpowiednio]:
- dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w
dotyczącej ww. pacjenta [nazwa PWDL]
- udzielania tej osobie informacji o stanie zdrowia w/w pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko:

nr PESEL lub data urodzenia:

dane kontaktowe osoby upoważnionej (podać w przypadku upoważnienia do udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych):

data oraz czytelny podpis upoważniającego

data oraz czytelny podpis pracownika PWDL