

.....  
(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):

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy:

- nie upoważniam nikogo                       upoważniam poniżej wymienioną osobę  
do [zaznaczyć odpowiednio]:
- dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w .....  
[nazwa PWDL]
- udzielania jej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi 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