

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

DANE PACJENTA:

.....
(imię i nazwisko, PESEL,
data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nie posiadających nr PESEL)

Działając na podstawie art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta

upoważniam *

nie upoważniam nikogo*

nijżej wymienione osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w trakcie leczenia
w szczególności do przeglądania, uzyskiwania kopii, odpisów, udzielania im informacji o moim stanie
zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, jak również w przypadku mojej śmierci.

DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH:

1).....
(imię i nazwisko, nr telefonu, adres zamieszkania)

2).....
(imię i nazwisko, nr telefonu, adres zamieszkania)

3).....
(imię i nazwisko, nr telefonu, adres zamieszkania)

.....
(data oraz czytelny podpis upoważniającego)

.....
(data oraz czytelny podpis pracownika
SP ZOZ MSWiA w Lublinie)

*niepotrzebne skreślić