

.....  
(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 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

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

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji/ i lub dokumentacji medycznej\*:

- zarówno za życia jak i po mojej śmierci  
 wyłącznie po mojej śmierci  
 Nie upoważniam nikogo \*

**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