

.....
(dane identyfikujące SPZOZ)

**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

[zaznaczyć odpowiednio]:

- do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w SPZOZ w Mogilnie
 udzielania jej informacji o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z 6.11.2008 r. o
prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

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
SPZOZ w Mogilnie