

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

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **oświadczam, że:**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

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

Dane kontaktowe Pacjenta

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ww. ustawy:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

☐ nie upoważniam nikogo

☐ upoważniam poniżej wymienioną osobę :

Imię i nazwisko:

Nr PESEL lub data urodzenia:

Dane kontaktowe osoby upoważnionej

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

- ☐ zarówno za życia jak i po mojej śmierci
☐ wyłącznie po mojej śmierci

2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

☐ nie upoważniam nikogo

☐ upoważniam poniżej wymienioną osobę

imię i nazwisko:

nr PESEL lub data urodzenia:

dane kontaktowe osoby upoważnionej

data oraz czytelny podpis
upoważniającego/ przedstawiciela
ustawowego **

data oraz czytelny podpis pracownika
WOMP CP-L w Łodzi

*) właściwie zaznaczyć

**) w przypadku przedstawiciela ustawowego wymagane jest podanie imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz adresu zamieszkania