

## OŚWIADCZENIE

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

#### Dotyczy wszystkich jednostek podmiotu leczniczego

#### **DANE PACJENTA:**

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nie posiadających nr PESEL):

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy:

nie upoważniam nikogo  
do [zaznaczyć odpowiednio]:

upoważniam poniżej wymienioną osobę

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):

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających powyższe ryzyko dla pacjenta.