

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 Indywidualna Praktyka Lekarska
Artur Groszek ul. Harnasie 10/55, 20-857 Lublin;

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):

data oraz czytelny podpis
upoważniającego

data oraz czytelny podpis Indywidualna
Praktyka Lekarska Artur Groszek