

**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 NZOZ OPTIMED (w tym wystawionych recept)

udzielania jej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

imię i nazwisko:

nr PESEL lub data urodzenia:

data oraz podpis upoważniającego

data oraz podpis przyjmującego oświadczenie