

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY
w Tarnobrzegu
39-400 Tarnobrzeg, ul. Dekutowskiego 20
tel. (15) 822 73 55, 823 64 96
NIP 867-199-02-70, REGON 831216550

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY
W TARNOBRZEGU
39-400 Tarnobrzeg, ul. Dekutowskiego 20
NIP 8671990270 REGON 831216550
[dane identyfikujące PWDL]

OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ/UZYSKIWANIA 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 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

upoważniam poniżej wymienione osoby nie upoważniam nikogo

do [zaznaczyć odpowiednio]:

dostępu do dokumentacji medycznej w/w pacjenta znajdującej się w ZAKŁADZIE
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM W TARNOBRZEGU
[nazwa PWDL]

uzyskiwania informacji o stanie zdrowia w/w pacjenta i udzielonych mu świadczeniach
zdrowotnych

DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH:*

1. Imię i nazwisko, nr PESEL lub data urodzenia:

dane kontaktowe osoby upoważnionej (np. numer telefonu):

2. Imię i nazwisko, nr PESEL lub data urodzenia:

dane kontaktowe osoby upoważnionej (np. numer telefonu):

3. Imię i nazwisko, nr PESEL lub data urodzenia:

dane kontaktowe osoby upoważnionej (np. numer telefonu):

* W uzasadnionych przypadkach zawiadomić osobę upoważnioną z poz. 1.

Ponadto oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
data oraz czytelny podpis
pracownika PWDL

.....
data oraz czytelny podpis
oświadczającego