Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska

 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie

 Al. Żołnierza 37, 73-110 Stargard

 NIP: 8542068168, REGON: 811985459

**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 (Dz.U. 2020 poz 849):

[ ]  nie upoważniam nikogo [ ]  upoważniam poniżej wymienioną osobę

**do *[zaznaczyć odpowiednio]*:**

[ ]  dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w *Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Stargardzie*

[ ]  udzielania jej informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. w szczególności dane o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

nr PESEL lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL:

|  |
| --- |
|  |

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 pracownika WSPL SP ZOZ w Stargardzie |