

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie
13-220 Rybno, ul. Zajeziorna 58; REGON 130314249; NIP:5711503502; nr ks. rej. 000000015036
(dane identyfikujące PWDL)

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:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko:

nr PESEL lub data urodzenia:

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką, na mocy art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

nie upoważniam nikogo upoważniam poniżej wymienioną osobę
do [zaznaczyć odpowiednio]:

dostępu do dokumentacji medycznej wytworzonej w wytworzonej w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rybnie. Przy ulicy Zajeziornej 58, 13-220 Rybno dotyczącej ww. pacjenta

udzielania tej osobie informacji o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

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 pracownika PWDL