



X – Rehab

**Poznańskie Centrum
Rehabilitacji**

Upoważnienie

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/-am zapoznany/-a z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. Zm.) i oświadczam, co następuje:

1. **Nie upoważniam nikogo*/upoważniam* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art.26 ust.1 ww. ustawy.**
2. **Nie upoważniam nikogo*/ upoważniam * do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy.**
3. **Nie upoważniam nikogo*/ upoważniam * do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń medycznych jest:**

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane kontaktowe

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

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić