

PACJENT \_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATAPESEL \_\_\_\_\_  
PESEL PACJENTAADRES \_\_\_\_\_  
ULICA / NR DOMU / KOD POCZTOWY / MIEJSCOWOŚĆ

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Upoważniam Pana/Panią \_\_\_\_\_

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

ADRES \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

2. Nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

3. Upoważniam Pana/ Panią \_\_\_\_\_

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

ADRES \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

4. Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

5. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną \* do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosowanie do treści art. 26. ust. 2 ww. ustawy jest:

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ \_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA, TELEFON KONTAKTOWY OSOBY UPOWAŻNIONEJ**Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.**CZYTELNY PODPIS PACJENTA SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE

\* niewłaściwe skreślić