

.....  
Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

....., dnia .....  
Miejscowość Data

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Nie upoważniam nikogo / Upoważniam \*) Panią / Pana**

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
Adres i telefon

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

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
Czytelny podpis pacjenta

**Nie upoważniam nikogo / Upoważniam \*) Panią / Pana**

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
Adres i telefon

do uzyskiwania mojej **dokumentacji medycznej.**

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
Czytelny podpis pacjenta

Chory niezdolny do wydania oświadczenia w formie pisemnej z powodu: (wypełnia lekarz, jeśli dotyczy)

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

Podstawa prawna art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) i § 8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069)