**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a ........................................... zam. ........................................
PESEL ................................, na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 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.) oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

Upoważniam \*

......................................................................................................................................... (imię̨ i nazwisko, data urodzenia)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji\*:

1. zarówno za życia jak i po mojej śmierci
 wyłącznie po mojej śmierci
 Nie upoważniam nikogo \*
2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

Upoważniam \*

......................................................................................................................................... (imię i nazwisko, data urodzenia)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

zarówno za życia jak i po mojej śmierci
wyłącznie po mojej śmierci
Nie upoważniam nikogo \*

............................................................

 (miejscowość, data)

............................................................

 (podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela ustawowego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) właściwe zaznaczyć