**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