

## 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 \*

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

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji\*:

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

3. 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