



### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że\*:

- Upoważniam Panią / Pana .....  
zamieszkałą / zamieszkałego.....  
PESEL ....., nr telefonu.....  
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych  
mi świadczeniach zdrowotnych.
  
- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia  
i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....  
data i podpis pacjenta

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że\*:

- Upoważniam Panią / Pana .....  
zamieszkałą / zamieszkałego.....  
PESEL ....., nr telefonu.....  
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
  
- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej  
mojej osoby.

.....  
data i podpis pacjenta

\* Proszę zaznaczyć jedną z opcji.

#### Podstawa prawna:

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. 219 ze zm.),

§ 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

