

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....  
zam. ....

PESEL .....,

na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017.1318. t.j) 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\*:

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 \*

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis Pacjenta lub jego  
przedstawiciela ustawowego)

---

\*) właściwe zaznaczyć