

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

1. a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/ zamieszkałą\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

PESEL.....nr telefonu.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu\*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

(\*- niepotrzebne skreślić)

.....  
data i podpis pacjenta

2. a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/ zamieszkałą\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

PESEL.....nr telefonu.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*.

Upoważnienie to dotyczy/ nie dotyczy\* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest\*:

Pan/Pani\*.....

zamieszkały/ zamieszkała\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

PESEL.....nr telefonu.....

(\*- niepotrzebne skreślić)

.....  
data i podpis pacjenta