

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

PESEL .....

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2010r. Nr 252, poz. 1697) oświadczam, że:

1. Upoważniam / nikogo nie upoważniam\* do uzyskania dokumentacji medycznej

.....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

.....  
*adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej*

2. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
**czytelny podpis osoby upoważniającej**

SOKÓŁKA dnia .....

---

---

1. Upoważniam / nikogo nie upoważniam\* do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

.....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

.....  
*adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej*

2. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
**czytelny podpis osoby upoważniającej**

SOKÓŁKA dnia .....

\* niepotrzebne skreślić