

OŚWIADCZENIE PACJENTA
O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany/a

....., PESEL _____
Imię i nazwisko pacjenta

Upoważniam/nie upoważniam* Panią/Pana

....., PESEL _____
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

zam.,

do

- *1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej za życia i po mojej śmierci**
- *2) udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych za życia i po mojej śmierci**

Oświadczenie składam zgodnie z przysługującym mi prawem określonym w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417)

* należy podkreślić właściwe

.....
data podpis pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego)