

## 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*