



## Oświadczenie pacjenta

Na podstawie przepisu art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ) oraz w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz.U z 2015 r. poz.2069)

\* **upoważniam** .....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

- 1.\* do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- 2.\* do udostępniania mojej dokumentacji medycznej,
- 3.\* do udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci,

Upoważnienie jest ważne do pisemnego odwołania.

- 4.\* nikogo nie upoważniam do pozyskiwania powyższych informacji oraz dokumentacji medycznej.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta

\* niewłaściwe skreślić



## Oświadczenie pacjenta

Na podstawie przepisu art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( t. j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ) oraz w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz.U z 2014 r. poz. 2069)

\* **upoważniam** .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres, telefon)

- 1.\* do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- 2.\* do udostępniania mojej dokumentacji medycznej,
- 3.\* do udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci,

Upoważnienie jest ważne do pisemnego odwołania.

- 4.\* nikogo nie upoważniam do pozyskiwania powyższych informacji oraz dokumentacji medycznej.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta

\* niewłaściwe skreślić