**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r.   
w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015r., poz. 2069).

……………………………………………………………………………………………….......

*imię, nazwisko i PESEL pacjenta*

**1.** **Udzielam upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia   
i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych**\*

Pani/Panu ………………………………………….. ……………………………………

*(imię i nazwisko) (PESEL)*

……………………………………………………... ……………………………………

*(adres zamieszkania) (telefon kontaktowy)*

……………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

**2. Udzielam upoważnienia do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, w tym   
w szczególności w przypadku mojej śmierci\***

Pani/Panu ………………………………………….. ……………………………………

*(imię i nazwisko) (data urodzenia/PESEL)*

……………………………………………………... ……………………………………

*(adres zamieszkania) (telefon kontaktowy)*

……………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

**3. Nie udzielam nikomu upoważnienia:**

a) do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

b) do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, w tym w szczególności w przypadku mojej śmierci\*

……………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

*\*niepotrzebne skreślić*