

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA  
INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL/data urodzenia: .....

\*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba ubezwłasnowolniona/matoletnia):

Imiona i nazwisko: .....

nr PESEL/data urodzenia: .....

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
UDZIELONYCH PACJENTOWI**

Nie upoważniam nikogo  Upoważniam:

Pana /Panią .....

Nr PESEL /data urodzenia .....

dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail).....

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez:

.....  
(nazwa placówki/adres)

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci

**2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nie upoważniam nikogo  Upoważniam:

Pana /Panią .....

Nr PESEL /data urodzenia .....

Upoważnienie dotyczy dokumentacji wytworzonej przez:

.....  
(nazwa placówki/adres)

Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Data i podpis osoby składającej wniosek

\* wypełnić jeśli dotyczy