

Miejscowość, dnia .....

Imię i nazwisko pacjenta .....Data urodzenia .....

PESEL .....

### **Oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia**

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

Upoważniam .....

(imię i nazwisko),

nr tel. ....,

zam. ....

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Podpis pacjenta

### **Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej**

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

Upoważniam .....

(imię i nazwisko),

nr tel. ....,

zam. .... do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis pacjenta

### **Oświadczenie o braku upoważnienia osoby bliskiej do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia**

Na podstawie §8 pkt 1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U z 2015 r., poz. 2069) Ja, niżej podpisany (-a) oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i planowanych oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Podpis pacjenta

### **Oświadczenie o braku upoważnienia do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej**

Na podstawie §8 pkt 2) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U z 2015 r., poz. 2069) Ja, niżej podpisany (-a) oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis pacjenta