

.....
.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL pacjenta:

.....
oświadczam, że:

– **upoważniam*:**

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)

.....
(nr PESEL osoby upoważnionej)

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej)

**do dostępu do mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszej
placówce* / Poradni* / Oddziale***

[...] zarówno za życia, jak i po mojej śmierci*

[...] wyłącznie po mojej śmierci*

– **nie upoważniam nikogo* do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.**

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjenta)

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis osoby
odbierającej oświadczenie od pacjenta)