

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że

1. a) **upoważniam** Pana/Panią\* .....

zamieszkałego/zamieszkałą\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel: .....

nr telefonu .....

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu\*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*

.....  
Pesel

.....  
data i podpis pacjenta

2. a) **upoważniam** Pana/Panią\* .....

zamieszkałego/zamieszkałą\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel: .....

nr telefonu .....

do uzyskania dokumentacji medycznej mojej osoby\*

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy\* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby /za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest\*:

Pan/Pani\* .....

zamieszkały/zamieszkałą\* w .....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

pesel: ..... nr telefonu .....

(\*-niepotrzebne skreślić)

.....  
Pesel

.....  
data i podpis pacjenta