

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	

**Dane przedstawiciela ustawowego Pacjenta:**

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	

**OŚWIADCZENIE**

**o upoważnieniu / braku upoważnienia osoby trzeciej do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta oraz do uzyskiwania informacji dot. stanu zdrowia Pacjenta**

Oświadczam, że:

**upoważniam** \_\_\_\_\_, numer telefonu: \_\_\_\_\_, adres e-mail: \_\_\_\_\_ do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta, o której mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**upoważniam** \_\_\_\_\_, numer telefonu: \_\_\_\_\_, adres e-mail: \_\_\_\_\_ do uzyskiwania, a Podmiot leczniczy – do udzielania, informacji dot. stanu zdrowia Pacjenta, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**nie upoważniam** nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta, o której mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania, a Podmiotu leczniczego – do udzielania, informacji dot. stanu zdrowia Pacjenta, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Kraków, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
podpis przedstawiciela ustawowego  
Pacjenta

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich / związanych z kuratelą / związanych z opieką (*niepotrzebne skreślić*) w zakresie podejmowania decyzji w przedmiocie upoważnienia / braku upoważnienia (*niepotrzebne skreślić*) osoby trzeciej do uzyskiwania (a Podmiotu leczniczego – do udzielania) informacji dot. stanu zdrowia Pacjenta.

\_\_\_\_\_  
podpis przedstawiciela ustawowego Pacjenta