

## Oświadczenie

Pan(i).....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

Na podstawie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697)

1. Upoważniam oraz wyrażam zgodę na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia i wglądu do mojej dokumentacji

.....  
imię nazwisko

.....  
telefon

.....  
Adres

2. Nie upoważniam do w/w świadczeń \*) \*\*)

\*) w przypadku gdy pacjent nie wskaże osoby należy skreślić pkt1 i podkreślić pkt2

\*\*) nie dotyczy podmiotów upoważnionych z mocy ustawy do udostępniania im dokumentacji medycznej

.....  
Data

.....  
czytelny podpis pacjenta