

## Dane pacjenta:

PESEL

---

## Oświadczenie

### Działając w imieniu własnym

na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z §8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

---

#### Sekcja A

#### Upoważniam:

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... nr telefonu .....

- Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta.

.....  
Czytelny podpis

---

#### Sekcja B

- Nie upoważniam nikogo.

.....  
Czytelny podpis

---

#### Sekcja C

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i innego świadczenia zdrowotnego.

.....  
Czytelny podpis