

-----  
Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

-----, dn. ----- r.  
Miejscowość Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ul.

-----  
Adres zamieszkania

**Medycyna Rodzinna i Chirurgia Lekarze  
- Bożena i Grzegorz Pogorzelscy sp. p.  
ul. Szpitalna 2 lok. 2  
18-200 Wysokie Mazowieckie**

**Oświadczenie pacjenta:  
Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia  
pacjenta i udzielonych świadczeń zdrowotnych**

**Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i  
udzielonych mi świadczeniach medycznych.\***

**Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i  
udzielonych mi świadczeniach medycznych jest.\***

1. -----  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

-----  
Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

2. -----  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

-----  
Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1) przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

(Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):

- art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

- art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia

2) § 8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

\* nieważciwe skreślić

-----  
Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ul.

-----  
Adres zamieszkania

-----, dn. ----- r.  
Miejscowość Data

**Medycyna Rodzinna i Chirurgia Lekarze**  
**- Bożena i Grzegorz Pogorzelscy sp. p.**  
**ul. Szpitalna 2 lok. 2**  
**18-200 Wysokie Mazowieckie**

## **Oświadczenie pacjenta: Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej**

Niniejszym oświadczam, iż zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam, co następuje:

### **1. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:**

-----  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

-----  
Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

### **2. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy jest:**

-----  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

-----  
Adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej

### **Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.**

Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1) przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

(Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):

- art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia

2) § 8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

\* nieważciwie skreślić