



## OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby, której dokumentacja medyczna dotyczy:

.....  
imię i nazwisko

.....  
dowód osobisty – numer

.....  
PESEL

.....  
data wystawienia upoważnienia

Upoważniam niżej wskazaną (wskazane) osobę (osoby) do uzyskiwania dokumentacji medycznej:

| Dane osoby upoważnionej:        | Dane osoby upoważnionej:        |
|---------------------------------|---------------------------------|
| .....<br>imię i nazwisko        | .....<br>imię i nazwisko        |
| .....<br>dowód osobisty – numer | .....<br>dowód osobisty – numer |
| .....<br>PESEL                  | .....<br>PESEL                  |

Upoważnienie niniejsze obejmuje \*:

- ☐ dokumentację medyczną z całego procesu leczenia pacjenta  
☐ dokumentację medyczną z wybranych okresów leczenia.....  
☐ inną dokumentację, jaką?.....

.....  
Podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

\* w przypadku nie wskazania zakresu upoważnienia będzie ono traktowane, jako równoznaczne z upoważnieniem do uzyskiwania całej dokumentacji medycznej chyba, że pacjent / przedstawiciel ustawowy pacjenta zmieni treść oświadczenia poprzez np. złożenie nowego, odwołującego poprzednie.