

....., dnia.....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania pacjenta

.....  
numer PESEL pacjenta

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

Na podstawie § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2010.252.1697) oświadczam co następuje:

I. Niniejszym upoważniam.....  
imię, nazwisko, numer telefonu/adres zamieszkania/adres e-mailowy

..... do uzyskiwania informacji o moim stanie  
zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....  
Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.\*

.....  
podpis pacjenta

II. Niniejszym upoważniam .....  
imię, nazwisko, numer telefonu,/adres zamieszkania/adres e-mailowy

..... do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.\*

.....  
podpis pacjenta

III. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

.....  
podpis pacjenta

\* Niepotrzebne skreślić