

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI  
O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nazwisko ..... Imię .....

PESEL 

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

1. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że **upoważniam** osobę

bliską<sup>1</sup> .....  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami)

Data urodzenia 

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

**do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

.....  
(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Zgodnie z § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

3. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że **upoważniam** osobę

bliską<sup>1</sup> .....  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie drukowanymi literami)

Data urodzenia 

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

**do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.**

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

.....  
(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

4. Zgodnie z § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010r. Nr 252 poz. 1697 oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby **do uzyskania dokumentacji medycznej** dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń medycznych.

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

5. Oświadczam iż **odwołuję upoważnienie dla osoby bliskiej** wskazanej w pkt. 1 oświadczenia na dalsze udzielanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

z dniem 

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

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

6. Oświadczam iż **odwołuję upoważnienie dla osoby bliskiej** wskazanej w pkt. 3 oświadczenia na dalsze uzyskiwanie dokumentacji dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

z dniem 

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

.....  
Data, czytelny podpis składającego oświadczenie

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA**

Oświadczam że, jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym<sup>2</sup> małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej<sup>2</sup>:

.....  
(Imię i nazwisko małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie drukowanymi literami)

.....  
Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

\* w przypadku dwóch lub więcej osób oświadczenia składa się oddzielnie dla każdej z nich

<sup>1</sup> Pojęcie **osoby bliskiej** należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust 1. pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z roku 2009, Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

<sup>2</sup> Pojęcie **opiekuna faktycznego** należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust 1. pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z roku 2009, Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.