

Jastrzębie-Zdrój, dn. ....

## U P O W A Ż N I E N I E

Ja

PESEL .....  
Upoważniam/nie upoważniam\*

.....  
(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)  
do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach  
zdrowotnych, wydawania zaświadczeń medycznych.

.....  
(Podpis pacjenta)

Upoważniam/nie upoważniam\*

.....  
(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)  
do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....  
(Podpis pacjenta)

Upoważniam/nie upoważniam\* w/w osobę do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii  
mojej dokumentacji medycznej **po mojej śmierci**.

.....  
Podpis pacjenta

Podstawa prawna: §8 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia  
2010r. z późniejszymi zmianami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji  
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

\* Niewłaściwe skreślić