

**Upoważnienie / odmowa upoważnienia  
do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej**

**DANE PACJENTA**

Data i miejscowość .....

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

Imię i Nazwisko Rodzica / Opiekuna Prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*\* .....

Numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego\* .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy ..... Email .....

**Nie upoważniam nikogo do pozyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia / mojego dziecka\* i świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci**

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek .....

**Upoważniam niniejszym:**

Pana / Panią .....

Legitymującego /-ą się dowodem tożsamości .....

Nr PESEL / data urodzenia .....

Adres .....

Telefon .....

**do pozyskiwania informacji o moim stanie zdrowia / mojego dziecka\* i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w**

.....

**do pozyskiwania mojej / mojego dziecka\* dokumentacji medycznej / również w przypadku mojej śmierci/ sporządzonej w**

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

.....

Podstawa prawna: Dz.U. z 2009r nr 52, poz. 417 z późniejszymi zm.

\* zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy

*Bole*