

### OŚWIADCZENIE

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku z późn. zmianami § 8 (Dz. U. z 2010 r Nr 252, poz. 1697 z późn. zmianami) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

.....  
*imię i nazwisko pacjenta*                      *nr PESEL pacjenta*                      *imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta*

#### I. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udostępniania informacji o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w przychodni - przedsiębiorstwie - podmiocie leczniczym następującym osobom:

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

#### II. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:

do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w przychodni - przedsiębiorstwie - podmiocie leczniczym następującym osobom:

- osobom wymienionym w punkcie I

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

#### III. Udzielam/ nie udzielam\* upoważnienia:

do uzyskania dokumentacji medycznej, znajdującej się w przychodni - przedsiębiorstwie - podmiocie leczniczym po mojej śmierci następującym osobom:

- osobom wymienionym w punkcie I

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

- .....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*    *nr PESEL*                      *adres zamieszkania*                      *nr telefonu*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu realizacji jego funkcji. Dane osobowe są chronione zgodnie z Ustawą dnia 29 sierpnia 1997 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm).

.....  
Podpis pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta\*

\* *niepotrzebne skreślić*