

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

Ja niżej podpisany/a

....., pesel \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **upoważniam Panią/Pana**

....., pesel \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

zam. ...., tel. ....  
(dane kontaktowe osoby upoważnionej)

**do**

**\*1) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej**

**\*2) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

w Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Mazur-Med.” Pomiećko Spółka Jawna,  
z siedzibą w Mrągowie, Os. Mazurskie 33A

W art. 26 ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu do jego dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

\* należy podkreślić właściwe 1 i/lub .....  
Data

.....  
podpis pacjenta