

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA  
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA  
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Miejscowość, .....data.....

Ja, niżej podpisana/y .....

(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL (przypadku noworodka – numer PESEL matki)

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

Zamieszkała/y.....

(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

**Upoważniam/Cofam upoważnienie\***

Panią/Pana .....

(imię i nazwisko upoważnionego)

urodzoną/ego.....

(data urodzenia upoważnianego)

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje wynikające z art. 13 RODO.

.....  
czytelny podpis pacjenta

.....  
czytelny podpis upoważnionego

\*niewłaściwe skreślić