

.....  
miejscowość, data

## Oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską:

.....  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami)

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.  
Podaję dane kontaktowe tej osoby

.....  
(adres, numer telefonu, e-mail itp.).

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską

.....  
(imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami)

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące wykonania badania/świadczenia zdrowotnego

.....  
(wskazać rodzaj badania/ świadczenia zdrowotnego\*),

a w szczególności informacje o jego celu, przebiegu, jak również dających się przewidzieć następstwach jego wykonania albo zaniechania, a także o alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych i ich skutkach i, że je zrozumiałem. Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie **dobrowolnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykonaniu ww. badania/świadczenia zdrowotnego.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie