

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE  
ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO  
UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

-Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/ \*upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

---

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru mojej dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis

(\*Uwaga – niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)