



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROVIT” s.c.  
ul. 35-lecia 1 a, 41-250 Czeladź Tel.: 32 265 00 68  
e-mail: [zdrovit.czeladz@gmail.com](mailto:zdrovit.czeladz@gmail.com) [www.nzozzdrovit.pl](http://www.nzozzdrovit.pl)

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu lub braku upoważnienia do informowania o swoim stanie zdrowia,  
udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskaniu wglądu, kopii lub odpisu  
dokumentacji medycznej pacjenta

Druk S-1

Wersja 2.0

Czeladź, dn. ....

Ja .....

PESEL .....

#### Upoważniam/nie upoważniam\*

.....  
(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Podpis pacjenta

#### Upoważniam/nie upoważniam\*

.....  
(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)

do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis pacjenta

**Upoważniam/nie upoważniam\*** w/w osobę do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii mojej dokumentacji  
medycznej **po mojej śmierci.**

.....  
Podpis pacjenta

Podstawa prawna: §8 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

\* Niewłaściwe skreślić