

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**o upoważnieniu do uzyskania dokumentacji medycznej\***

Ja, ..... (imię i nazwisko), ..... (PESEL),  
zamieszkały: ..... upoważniam  
osobę ..... (imię i nazwisko) ..... (adres),  
legitymującą się dowodem tożsamości: .....  
(rodzaj, seria i nr dokumentu) ..... do uzyskania  
dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie.

.....

**Data i podpis pacjenta**

\*Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.