

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a .....

PESEL ....., na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581) oświadczam, że:

Do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby – w postaci

..... upoważniam .....

(imię i nazwisko)

Upoważnienie niniejsze obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

- zarówno za życia jak i po mojej śmierci
- wyłącznie po mojej śmierci

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis Pacjenta lub jego  
przedstawiciela ustawowego)