

.....  
miejsowość, data

## Oświadczenie

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

**upoważniam** ..... (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

**nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

**Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny\***

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym<sup>1</sup> małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej \*

.....  
(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....  
Czytelny podpis

.....  
Nr pesel

.....  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

---

<sup>1</sup> **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga