

Miejscowość, dnia .....

.....  
.....  
.....

*(pieczęć podmiotu leczniczego)*

## ZGODA NA UDOSTĘPIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja – ..... (*imię i nazwisko pacjenta*) nr PESEL ....., seria i nr dokumentu tożsamości ..... niżej podpisany(-na) na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>1</sup> oraz innych aktach prawa powszechnie obowiązującego oświadczam, że:

- jestem świadomy (-ma) swojego prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych;
- jestem świadomy, że posiadam prawo do upoważnienia innych osób do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, które to mogę w każdej chwili odwołać;
- jestem świadomy, że ww. upoważnienie złożone w danym podmiocie bez złożenia stosownych zastrzeżeń bądź odwołania go zachowuje swoją moc bez ograniczeń również w innych placówkach medycznych;

Niniejszym upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej następujące osoby:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

.....  
(należy podać imię / imiona i nazwisko oraz serię i numer dowodu tożsamości osoby lub osób  
upoważnionych)

Zakres niniejszego upoważnienia obejmuje (należy zakreślić właściwe):

całość dokumentacji medycznej wytworzonej we wszystkich podmiotach leczniczych;

całość dokumentacji medycznej wytworzonej w .....  
(nazwa placówki medycznej)

wybrany fragment dokumentacji medycznej:

.....  
.....  
.....  
.....

(należy podać szczegółowy zakres dokumentacji medycznej obejmującej upoważnienie)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis pacjenta)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia potwierdziłem(-am) tożsamość ww. pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta)

## **OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja – ..... (*imię i nazwisko pacjenta*) nr PESEL ....., seria i nr dokumentu tożsamości ..... niżej podpisany(-na) na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>2</sup> oraz innych aktach prawa powszechnie obowiązującego oświadczam, że:

- jestem świadomy (-ma) swojego prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych;
- jestem świadomy, że posiadam prawo do upoważnienia innych osób do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, które to mogę w każdej chwili odwołać;
- jestem świadomy, że ww. upoważnienie złożone w danym podmiocie bez złożenia stosownych zastrzeżeń bądź odwołania go zachowuje swoją moc również w innych placówkach medycznych;

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*podpis pacjenta*)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia potwierdziłem(-am) tożsamość ww. pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta*)

---

<sup>2</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

## **OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja – ..... (*imię i nazwisko pacjenta*) nr PESEL ....., seria i nr dokumentu tożsamości ..... niżej podpisany(-na) na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>3</sup> oraz innych aktach prawa powszechnie obowiązującego oświadczam, że:

- jestem świadomy (-ma) swojego prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych;
- jestem świadomy, że posiadam prawo do upoważnienia innych osób do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, które to mogę w każdej chwili odwołać;
- jestem świadomy, że ww. upoważnienie złożone w danym podmiocie bez złożenia stosownych zastrzeżeń bądź odwołania go zachowuje swoją moc również w innych placówkach medycznych;

Oświadczam, że sprzeciwiam się udostępnieniu mojej dokumentacji medycznej następującym osobom:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*podpis pacjenta*)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia potwierdziłem(-am) tożsamość ww. pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta*)

---

<sup>3</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581.