

.....  
Imię i nazwisko, NR PESEL osoby składającej oświadczenie (PACJENTA)

.....  
Adres

### **Upoważniam Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**

do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia oraz do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej

Panu/i.....  
(Imię nazwisko osoby upoważnionej, data i miejsce urodzenia )

zgodnie z art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2019 r. poz. 1127, 1128)

Miejscowość, dnia .....

.....  
(podpis pacjenta\* / opiekuna\*)

**UWAGA!** W przypadku, gdy ww. pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, zgody udziela ustawowy opiekun (*podać dane*):

nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przedmiot. Zostałem(am) poinformowany ,że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie lub przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza, pielęgniarkę, położną czynnościom.

.....  
(podpis pacjenta\* / opiekuna\*)

### **Upoważniam Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**

do udostępniania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci Panu/Pani

.....  
(Imię nazwisko osoby upoważnione, data i miejsce urodzenia)

zgodnie z art. 26 ust.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm. (Dz. U. 2019 r. poz. 1127, 1128 )

.....Miejscowość, dnia .....  
(podpis pacjenta)

**UWAGA!** W przypadku, gdy ww. pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, zgody udziela ustawowy opiekun (*podać dane*):

nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

Miejscowość, dnia .....

.....  
(Data i podpis opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić. (skreślenie jest jednoznaczne z brakiem wyrażenia zgody).