

**Wzór oświadczeń składanych zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)**

WZÓR

.....  
*miejsowość, data*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską<sup>1</sup> .....  
(*imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami*) do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby .....  
(*adres, numer telefonu, e-mail itp.*).

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
*Czytelny podpis składającego oświadczenie*

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską<sup>1</sup> .....  
(*imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami*) do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
*Czytelny podpis składającego oświadczenie*

Oświadczam, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące wykonania badania/świadczenia zdrowotnego ..... (*wskazać rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego\**), a w szczególności informacje o jego celu, przebiegu, jak również dających się przewidzieć następstwach jego wykonania albo zaniechania, a także o alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych i ich skutkach i, że je zrozumiałem. Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie **dobrowolnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykonaniu ww. badania/świadczenia zdrowotnego.

.....  
*Czytelny podpis składającego oświadczenie*

**Uwaga:**

W przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny pacjenta można je uzupełnić o dodatkowe oświadczenie następującej treści:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym<sup>2</sup> małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej ..... (imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie, drukowanymi literami).

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

W przypadku, gdy badanie lub inne świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi w towarzystwie osoby trzeciej, oświadczenia mogą być uzupełnione o kolejne oświadczenie następującej treści:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badania/udzielanie świadczenia zdrowotnego\* ..... (wskazać rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego\*) w obecności osoby bliskiej ..... (imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami) oraz zgadzam się na przekazywanie mi w obecności tej osoby informacji objętych tajemnicą lekarską.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

<sup>1</sup> pojęcie **osoby bliskiej** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 2 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.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

<sup>2</sup> pojęcie **opiekuna faktycznego** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą 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.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

\* *niepotrzebne skreślić*

Pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) może wskazać dowolną osobę lub kilka osób, określając im ten sam albo innych zakres upoważnienia. W przypadku wskazania dwóch lub więcej osób oświadczenie składa się oddzielnie dla każdej z nich.

Oświadczenia zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej danego pacjenta.