

Poznań, dnia.....

**Odwołanie oświadczenia pacjenta o upoważnieniu <sup>1)</sup>**

Imię i nazwisko pacjenta <sup>1)</sup> .....

Nr PESEL (jeśli pacjent nie posiada nr PESEL nr dok. tożsamości) .....

**Odwołuję upoważnienie dla:**

**Imię i Nazwisko osoby upoważnionej** .....

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, z dniem .....

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, z dniem .....

Uwagi:

<sup>1)</sup> § 8 ust.1 i 2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020, poz. 666)

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego pacjenta**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej<sup>1)</sup>  
wymagane potwierdzenie poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np.: z sądu opiekuńczego

.....  
Imię i nazwisko osoby małoletniej / ubezwłasnowolnionej

.....  
Pesel / Data urodzenia

Uwagi:

.....  
data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej