

**OŚWIADCZENIE PACJENTA  
O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA  
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOSTĘPU DO  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....  
*Imię (Imiona) i nazwisko Pacjenta*

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

\*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL  
wpisać datę urodzenia

**I UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH  
PACJENTOWI**

- NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO
- UPOWAŻNIAM PONIŻEJ WSKAZANĄ OSOBĘ/ OSOBY

1) .....  
*Imię (Imiona) i nazwisko*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

Numer telefonu .....

2) .....  
*Imię (Imiona) i nazwisko*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

Numer telefonu .....

- Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych realizowanych w LUX MED Onkologia Sp. z o.o. po mojej śmierci.

**II DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

- NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO
- UPOWAŻNIAM PONIŻEJ WSKAZANĄ OSOBĘ/ OSOBY

1) .....  
*Imię (Imiona) i nazwisko*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

2) .....  
*Imię (Imiona) i nazwisko*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

- Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.

.....  
*Data, czytelny podpis Pacjenta*

**OŚWIADCZENIE PACJENTA  
O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA  
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOSTĘPU DO  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Oświadczenia składane przez przedstawiciela ustawowego**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego/ osoby ubezwłasnowolnionej \*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....  
*Imię i nazwisko Osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej*

*Numer PESEL/ Data urodzenia\**

.....  
*Data, czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego*

\*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL wpisać datę urodzenia

\*\* wymagane potwierdzenie poprzez złożenie stosownego dokumentu wskazującego ustanowionego przedstawiciela np.: z sądu opiekuńczego

.....  
*Data, czytelny podpis Pracownika przyjmującego oświadczenia*

Administratorem Twoich danych jest LUX MED Onkologia sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (01-748), ul. Szamocka 6. Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych: [daneosobowe@luxmed.pl](mailto:daneosobowe@luxmed.pl). Warunki oraz informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych, w tym o przysługujących Tobie prawach znajdują się w klauzuli obowiązku informacyjnego, która jest dostępna pod adresem: <https://onkologia.luxmed.pl/polityka-prywatnosci/>