

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
W SPRAWIE UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko, PESEL)

- **UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO** *) właściwie zakreślić do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią

..... tel.

.....

Podpis upoważniającego

- **UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO** *) właściwie zakreślić do dostępu do mojej dokumentacji medycznej (w tym recept, skierowań, orzeczeń itp.) Pana/Panią

..... tel.

.....

Podpis upoważniającego