

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL:**.....

**Adres zamieszkania:**.....

## OŚWIADCZENIE

1. Upoważniam / nie upoważniam\*.....

Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej

.....  
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach  
zdrowotnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Pacjenta

2. Upoważniam / nie upoważniam\*.....

Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej

.....  
do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Pacjenta

\* niepotrzebne skreślić