

Ja niżej podpisany/ a ..... ur. ....

PESEL ..... zam. ....

**Oświadczam, że osobą upoważnioną:**

- do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,\*
- do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej,\*

również w przypadku śmierci, czynię:

**Pana/ Panią** .....

**Data urodzenia** .....

**zam.**.....

**stopień pokrewieństwa**..... **tel.** .....

\* niepotrzebne skreślić

Data .....

Podpis pacjenta .....

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.\*

\* niepotrzebne skreślić

Data .....

Podpis pacjenta .....