

.....  
*Imię i nazwisko pacjenta*

.....  
*Adres zamieszkania*

.....  
*PESEL*

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Upoważniam (nie upoważniam)\* n/w osobę do:

- a) uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych\*
- b) uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*
- c) odbierania recept i wyników badań\*

.....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*Telefon*

\*- niepotrzebne skreślić

.....  
*Data, czytelny podpis pacjenta*