

Imię i nazwisko pacjenta : PESEL:

Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto):

1.1. Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

imię i nazwisko	data urodzenia / PESEL	adres

1.2 Nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

2.1 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

imię i nazwisko	data urodzenia / PESEL	adres

2.2 Nie upoważniam nikogo osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

Data złożenia oświadczenia..... Czytelny podpis pacjenta.....