

## Oświadczenie/upoważnienie Pacjenta

Ja, niżej podpisana(y) ..... numer PESEL\*: .....

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

oświadczam, że **(\*\*niepotrzebne skreślić)**:

1. **Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienione osoby\*\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... numer PESEL\*: .....

*(imię i nazwisko)*

nr telefonu: .....

..... numer PESEL\*: .....

*(imię i nazwisko)*

nr telefonu: .....

.....  
*data i czytelny podpis Pacjenta*

2. **Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienione osoby\*\*** do wglądu do mojej dokumentacji medycznej lub jej odebrania (w tym wyników badań i recept).

..... numer PESEL\*: .....

*(imię i nazwisko)*

..... numer PESEL\*: .....

*(imię i nazwisko)*

*\*w przypadku braku – data urodzenia*

.....  
*data i czytelny podpis Pacjenta*

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: .....