

## Oświadczenie/upoważnienie Pacjenta

Ja, niżej podpisana(y) ..... PESEL: .....

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

zamieszkała(y) w .....  
*(dokładny aktualny adres zamieszkania)*

legitymująca(y) się: ..... *(nazwa i numer dokumentu tożsamości)*

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

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

..... PESEL: ..... nr telefonu: .....

*(imię i nazwisko)*

..... PESEL: ..... nr telefonu: .....

*(imię i nazwisko)*

.....  
*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).

..... PESEL : .....

*(imię i nazwisko)*

..... PESEL : .....

*(imię i nazwisko)*

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

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