

Oświadczenie**Imię i nazwisko****Pesel**

1/ Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania dokumentacji medycznej (recepta wyniki badań itd.)

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania , numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie

2/ Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania , numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie

3/ Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przeprowadzanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w roz. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
*imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę/niewyrażającej zgody**

**niepotrzebne skreślić*