

## OŚWIADCZENIE

.....  
miejsce i data

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

PESEL -

Do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej

**upoważniam\***

**nie upoważniam nikogo\***

Pana (Panią):

.....  
imię i nazwisko  
.....  
dane kontaktowe  
.....  
.....  
.....

\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

.....  
Podpis pacjenta

## OŚWIADCZENIE

.....  
miejsce i data

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

PESEL -

Do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotny

**upoważniam\***

**nie upoważniam nikogo\***

Pana (Panią):

.....  
imię i nazwisko  
.....  
dane kontaktowe  
.....  
.....  
.....

\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

.....  
Podpis pacjenta

## OŚWIADCZENIE

.....  
miejsce i data

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

PESEL -

Do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

**upoważniam\***

**nie upoważniam nikogo\***

Pana (Panią):

.....  
imię i nazwisko  
.....  
dane kontaktowe  
.....  
.....  
.....

\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

.....  
Podpis pacjenta