

Ja niżej podpisany/ podpisana\* .....  
zamieszkały/a:.....

PESEL .....

**oświadczam, że:**

a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/zamieszkałą\* .....  
.....

data urodzenia:.....nr telefonu:.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu\*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*  
(\* – *niepotrzebne skreślić*).

.....  
data i podpis pacjenta

a) upoważniam Pana/Panią\* .....  
zamieszkałego/zamieszkałą\* .....  
.....

data urodzenia:.....nr telefonu:.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*.

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.  
(\* – *niepotrzebne skreślić*).

.....  
data i podpis pacjenta

