

**OŚWIADCZENIE PACJENTA (UPOWAŻNIENIE)  
DOTYCZĄCE UZYSKIWANIA INFORMACJI NA JEGO TEMAT PRZEZ INNE OSOBY**

• **DANE PACJENTA:**

IMIĘ I NAZWISKO ..... PESEL ..... TELEFON .....

ADRES ZAMIESZKANIA ..... E-MAIL .....

• **DANE RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŚLI PACJENT JEST MAŁOLETNI):**

IMIĘ I NAZWISKO MATKI .....

PESEL ..... TELEFON ..... E-MAIL .....

IMIĘ I NAZWISKO OJCA .....

PESEL ..... TELEFON ..... E-MAIL .....

**OŚWIADCZAM, ŻE OSOBĄ UPOWAŻNIONĄ** (*X – oznacza zgodę*)

DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH MEDYCZNYCH

DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WE WSZYSTKICH PRAWNIE DOPUSZCZALNYCH FORMACH

DO ODBIORU RECEPT

**CZYNIĘ PANIA/PANA** (PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO).....

DATĘ URODZENIA LUB PESEL .....

TELEFON ..... E-MAIL .....

DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH MEDYCZNYCH

DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WE WSZYSTKICH PRAWNIE DOPUSZCZALNYCH FORMACH

DO ODBIORU RECEPT

**CZYNIĘ PANIA/PANA** (PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO).....

DATĘ URODZENIA LUB PESEL .....

TELEFON ..... E-MAIL .....

*Data i podpis pacjenta .....*

**OŚWIADCZAM, ŻE NIE UPOWAŻNIAM** NIKOGO DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH MEDYCZNYCH, DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WE WSZYSTKICH PRAWNIE DOPUSZCZALNYCH FORMACH ORAZ DO ODBIORU RECEPT

*X – oznacza zgodę*

*Data i podpis pacjenta .....*