



Ja niżej podpisany/ podpisana* oświadczam, że:

1. a) upoważniam Pana/Panią*
zamieszkałego/zamieszkałą* w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
pesel
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

2. a) upoważniam Pana/Panią*
zamieszkałego/zamieszkałą* w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
pesel
nr telefonu

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*.

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci

- b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest*:

*Pan/Pani**
*zamieszkały/zamieszkała** w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
pesel
nr telefonu

- (* - *niepotrzebne skreślić*);

.....
data i podpis pacjenta