..... , dnia .....

.....
Pieczątka poradni

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Upoważniam / nie upoważniam * .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

   Adres zamieszkania ..... , telefon .....

   Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam / nie upoważniam * .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

   Adres zamieszkania ..... , telefon .....

   Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

3. Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

---

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis pacjenta

Druk: KOT-BUD Tychy, Tel.32/329-83-57