

Luboń, dnia

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta)

.....
(Nr PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

1. Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych osobę bliską:

.....
.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa, dane kontaktowe)

2. Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej osobę bliską:

.....
.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa, dane kontaktowe)

3. Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

.....
(Data, podpis pacjenta)