

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Nr PESEL

.....  
Adres zamieszkania

### O Ś W I A D C Z E N I E

**o wyrażeniu zgody / braku wyrażenia zgody\***

Upoważniam Panią/Pana .....

Nr PESEL ..... zam. .... Tel. kont. ....

do uzyskania dokumentacji medycznej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. art. 30 ust. 1 Ustawa z dnia 06.11.2008 r. O prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417, Nr 76 poz. 641, Nr 96 poz. 620)

\*niepotrzebne skreślić

podpis pacjenta

### O Ś W I A D C Z E N I E

**o wyrażeniu zgody / braku wyrażenia zgody\***

Upoważniam Panią/Pana .....

Nr PESEL .....

zam. .... Tel. kontaktowy .....

do udzielania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. art. 30 ust. 1 Ustawa z dnia 06.11.2008 r. O prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417, Nr 76 poz. 641, Nr 96 poz. 620)

\*niepotrzebne skreślić

podpis pacjenta

### O Ś W I A D C Z E N I E

**o wyrażeniu zgody / braku wyrażenia zgody\***

Do przeprowadzenia badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. art. 30 ust. 1 Ustawa z dnia 06.11.2008 r. O prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417, Nr 76 poz. 641, Nr 96 poz. 620)

\*niepotrzebne skreślić

podpis pacjenta

