

Oświadczam, że upoważniam niżej wskazaną osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
(imię i nazwisko)

.....
(dane kontaktowe)

Nie upoważniam nikogo (wypełnić powyżej albo podkreślić)

Oświadczam, że upoważniam niżej wskazaną osobę do uzyskiwania dokumentacji

.....
(imię i nazwisko)

Nie upoważniam nikogo (wypełnić powyżej albo podkreślić)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
zezwoleń sędu opiekuńczego (wypełnić jeżeli jest wymagane)

.....
data i czytelny podpis pacjenta