



Warszawa, dnia

.....
(Imię (imiona) i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

**Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie
zdrowia i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych**

Oświadczam, że upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(Adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
(Czytelny podpis pacjenta)

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Oświadczam, że upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(Adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
(Czytelny podpis pacjenta)