



Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Telefon .....

Adres zamieszkania .....

**Upoważniam/nie upoważniam nikogo** .....

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

do informacji o moim/mojego podopiecznego stanie zdrowia i o udzielonych mi/mojemu podopiecznemu świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Data i podpis pacjenta,  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

**Upoważniam/nie upoważniam nikogo** .....

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

do uzyskania mojej/mojego podopiecznego dokumentacji medycznej

.....  
Data i podpis pacjenta,  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Telefon .....

Adres zamieszkania .....

**Upoważniam/nie upoważniam nikogo** .....

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

do informacji o moim/mojego podopiecznego stanie zdrowia i o udzielonych mi/mojemu podopiecznemu świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Data i podpis pacjenta,  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

**Upoważniam/nie upoważniam nikogo** .....

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

do uzyskania mojej/mojego podopiecznego dokumentacji medycznej

.....  
Data i podpis pacjenta,  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego