

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL ..... upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)

..... PESEL .....

zamieszkała/y .....

telefon ..... do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL ..... nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
data i podpis

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL ..... upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)

..... PESEL .....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL ..... nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
data i podpis

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL ..... 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.

.....  
data i podpis

