

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL Pacjenta: .....

## UPOWAŻNIENIE

Ja, .....,  
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

o numerze PESEL: .....,

### Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana .....,  
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu  
.....

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email.....

.....  
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data

### Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana .....,  
imię i nazwisko

o numerze PESEL/ paszportu  
.....

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy..... email.....

.....  
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data

### **Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.**

.....  
Czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego, data