

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Nr księgi głównej

## Oświadczenie

1. **UPOWAŻNIAM** .....

(imię i nazwisko)

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Kontakt:.....

.....  
Data i podpis pacjenta

2. **ZAKAZUJĘ**

.....

(imię i nazwisko)

dostępu do informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Data i podpis pacjenta

3. W razie śmierci **UPOWAŻNIAM** do uzyskania informacji medycznej :

.....

(imię i nazwisko)

.....  
Data i podpis pacjenta

4. W razie śmierci **ZAKAZUJĘ** dostępu do informacji medycznej :

.....

(imię i nazwisko)

.....  
Data i podpis pacjenta

5. Nikogo nie upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci.

.....  
Data i podpis pacjenta