

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
miejscowość i data

.....  
numer PESEL

.....  
adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

### **o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, załatwiania niezbędnych spraw, również finansowych, dotyczących mojej osoby**

Jako pacjent .....

oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki

• upoważniam\*

.....

.....

.....  
imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych, adres zamieszkania, adres korespondencyjny

• nie upoważniam nikogo\*

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

Dane kontaktowe osób upoważnionych:

.....

.....

(numer telefonu, adres poczty elektronicznej):

Upoważnienie niniejsze udzielone jest:

- bezterminowo\*

- na czas określony do dnia .....\*

..... czytelny podpis pacjenta

.....  
\* niepotrzebne skreślić