

.....  
(data)

Ja, niżej podpisany/a: .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a: .....  
(PESEL)

tel.: .....  
(numer telefonu)

nie upoważniam/upoważniam\* Pana/Panią: .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a: .....  
(PESEL)

tel.: .....  
(numer telefonu)

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia/zdrowia mojego dziecka\* i udzielonych świadczeń zdrowotnych;

do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/mojego dziecka\*.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

\*niepotrzebne skreślić