

**OŚWIADCZENIE**

.....  
*(Nazwisko i Imię pacjenta)*

Upoważniam / nie upoważniam Pana/Panią

.....  
*(Nazwisko i Imię oraz dane kontaktowe osoby upoważnionej)*

do wglądu i uzyskania dokumentacji medycznej za życia i po mojej śmierci

.....  
*Podpis*

*Na podst. Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z dnia 21 grudnia 2010r.*

**UPOWAŻNIENIE**

.....  
*(Nazwisko i Imię pacjenta)*

Upoważniam Pana/Panią:.....

*(Nazwisko i Imię)*

.....  
*( Dane kontaktowe osoby upoważnionej)*

do otrzymywania informacji o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....  
*Podpis*

*Na podst. Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z dnia 21 grudnia 2010r..*