

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....  
upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) .....  
PESEL ..... zam. ....  
tel. .... do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....  
nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
(data i podpis)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....  
upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) .....  
PESEL ..... do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....  
nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego**

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....  
wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
(data i podpis)