

Imię i nazwisko pacjenta (litery drukowane):

Upoważnienie obowiązuje:

- we wszystkich jednostkach i komórkach organizacyjnych (oddziałach, poradniach itd.);
- do czasu jego zmiany lub odwołania.

Do **uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam następujące osoby (imię, nazwisko i dane kontaktowe):

.....

.....

Do **uzyskiwania dokumentacji medycznej** upoważniam następujące osoby (imię i nazwisko):

.....

.....

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej.*

Data: Podpis pacjenta:

* należy postawić „X” w kwadracie