



.....  
(Miejscowość i data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL: .....

1. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na informowanie o moim stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji medycznej.  
(w przypadku wyrażenia zgody należy podać dane osób kogo można informować o stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji medycznej):

1) ..... Pesel .....

(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

2) ..... Pesel .....

(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)