

.....  
(Miejscowość i data)

## O ŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany

Nazwisko i imię .....

PESEL: .....

### Upoważniam / Nie upoważniam \*

1) Imię i nazwisko ..... Pesel .....

Adres zamieszkania ..... nr telefonu .....

2) Imię i nazwisko ..... Pesel .....

Adres zamieszkania ..... nr telefonu .....

**- do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia za życia i po śmierci**

### Upoważniam / Nie upoważniam \*

1) Imię i nazwisko ..... Pesel .....

Adres zamieszkania ..... nr telefonu .....

2) Imię i nazwisko ..... Pesel .....

Adres zamieszkania ..... nr telefonu .....

**- do udostępnienia dokumentacji medycznej z przebiegu mojego leczenia za życia i po śmierci**

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

\* Niepotrzebne skreślić