



Wrocław, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a (Imię / Nazwisko):

, PESEL:

tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

upoważniam \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą

nie upoważniam nikogo.

Do uzyskania mojej dokumentacji medycznej - we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej:

upoważniam \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

nie upoważniam nikogo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Podpis