

**Imię i Nazwisko Pacjenta .....**

Upoważniam ..... do otrzymania informacji o stanie  
mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.  
nazwisko i imię nr tel. osoby upoważnionej

.....  
podpis pacjenta

**Oświadczenie\***

Upoważniam ..... do uzyskania dokumentacji  
medycznej w przypadku mojej śmierci.  
nazwisko i imię nr tel. osoby upoważnionej

.....  
podpis pacjenta

**Oświadczenie\***

Nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

.....  
podpis pacjenta

\* niepotrzebne skreślić