

Nazwisko i imię: ..... Płeć: .....

Data urodzenia: ..... Wiek: ..... Pesel: .....

Adres: ..... Telefon: .....

### Udzielenie informacji o stanie zdrowia

- Upoważniam Pana/Panią:  
do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz  
możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach  
ich zastosowania albo zaniechania.
- Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji w powyższym  
zakresie.

### Udostępnienie dokumentacji medycznej

- Upoważniam Pana/Panią:  
Imię: ..... Nazwisko: ..... Pesel: .....  
nr telefonu (konieczny do podania): .....  
do uzyskania dokumentacji medycznej
- Imię: ..... Nazwisko: ..... Pesel: .....  
nr telefonu (konieczny do podania): .....  
do uzyskania dokumentacji medycznej
- Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

### Zgoda na odbiór recept

- Upoważniam Pana/Panią:
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na odbiór recept przez osoby trzecie bez szczególnego  
określenia tych osób
- Oświadczam, że nie wyrażam zgody na odbiór recept przez osoby trzecie

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis składającego oświadczenie