



Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL Pacjenta: .....

### UPOWAŻNIENIE

Ja, .....,  
Imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

Na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,  
**Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
oraz dostępu do dokumentacji medycznej:**

Panią/Pana .....,  
Imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

.....  
Data i miejsce urodzenia

tel. kontaktowy:..... email:.....

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego