

**Dane pacjenta:**

PESEL

---

**Oświadczenie**

---

**Sekcja A**

**Dane przedstawiciela ustawowego/ przedstawicieli  
ustawowych pacjenta (matka, ojciec)**

Imie i nazwisko .....

nr telefonu ..... PESEL .....

Imie i nazwisko .....

nr telefonu ..... PESEL .....

---

**Sekcja B**

**Upoważnienie dla osoby innej niż wyżej wymienione**

Imie i nazwisko .....

nr telefonu ..... PESEL .....

- Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta.

.....  
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

---

**Sekcja C**

- Nie upoważniam nikogo.**

.....  
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

---

**Sekcja D**

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i innego świadczenia zdrowotnego.**

.....  
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta