

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu**

Pan(i) .....Pesel .....

Adres .....telefon.....

UPOWAŻNIAM:

Imię i nazwisko.....Pesel .....

Adres .....telefon.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

do uzyskiwania dokumentacji medycznej \*

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO do świadczeń:\*\*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

do uzyskiwania dokumentacji medycznej \*

WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzenie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego w tut. Podmiocie leczniczym

Leśnica, .....r.

.....

podpis

\* Upoważnienie ważne także po śmierci pacjenta.

\*\*Nie dotyczy podmiotów upoważnionych z mocy ustawy do udostępniania dokumentacji medycznej.