

## Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

## Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

Adres: .....

Telefon: .....

## Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....

(nazwisko i imię)

PESEL.....

adres.....

tel./e-mail.....

do:

- |   |         |
|---|---------|
| 1) Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych | TAK/NIE |
| 2) Uzyskiwania dokumentacji medycznej   | TAK/NIE |

z: GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ, PORADNIA LEKARZA POZ.

.....  
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)