

## UPOWAŻNIENIE

Ja, ....., niżej podpisany(a)  
oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przyjęcie do szpitala
- zostałem(am) poinformowany(a), o przysługujących mi prawach zgodnie z obowiązującą Kartą Praw Pacjenta

PESEL pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych **nie upoważniam nikogo/upoważniam\***:

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zameldowania oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

- do dostępu do mojej dokumentacji medycznej **nie upoważniam nikogo/upoważniam\***:

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zameldowania oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

\* niepotrzebne skreślić

.....

(data)

.....

(czytelny podpis pacjenta)