

.....  
(Miejscowość i data)

## OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL: .....

1. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na informowanie o moim stanie zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej.  
(w przypadku wyrażenia zgody należy podać dane osób kogo można informować o stanie zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej):

1) .....PESEL: .....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nr telefonu)

2) .....PESEL: .....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)