

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko),  
nr PESEL \_\_\_\_\_, adres \_\_\_\_\_, niniejszym:

1. Upoważniam Panią/Pana: \_\_\_\_\_, PESEL nr \_\_\_\_\_,  
adres: \_\_\_\_\_\* / nie upoważniam nikogo\* do informowania  
o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych przez *Przychodnię Medycyny  
Rodzinnej*.
2. Upoważniam Panią/Pana: \_\_\_\_\_, PESEL nr \_\_\_\_\_,  
adres: \_\_\_\_\_\* / nie upoważniam nikogo\* do uzyskiwania mojej  
dokumentacji medycznej z *Przychodnią Medycyny Rodzinnej*
3. Upoważniam Panią/Pana: \_\_\_\_\_, PESEL nr \_\_\_\_\_,  
adres: \_\_\_\_\_\* / nie upoważniam nikogo\* do uzyskiwania mojej  
dokumentacji medycznej *Przychodnia Medycyny Rodzinnej* w przypadku mojej śmierci.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

\* Niepotrzebne skreślić