

.....
/Imię i Nazwisko Pacjenta/

.....
/PESEL/

I. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez SPZOZ Pomiechówek:

Lp.	Imię i Nazwisko osoby upoważnionej	PESEL	Adres

II. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z SPZOZ Pomiechówek:

Lp.	Imię i Nazwisko osoby upoważnionej	PESEL	Adres

III. Oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego przez SPZOZ Pomiechówek – na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
/Data złożenia oświadczenia/

.....
/Podpis Pacjenta/

.....
/Imię i Nazwisko Pacjenta/

.....
/PESEL/

I. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez SPZOZ Pomiechówek:

Lp.	Imię i Nazwisko osoby upoważnionej	PESEL	Adres

II. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z SPZOZ Pomiechówek:

Lp.	Imię i Nazwisko osoby upoważnionej	PESEL	Adres

III. Oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego przez SPZOZ Pomiechówek – na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
/Data złożenia oświadczenia/

.....
/Podpis Pacjenta/