

.....  
Warszawa, dnia

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO  
UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

nr PESEL / data urodzenia:.....

**\*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent (osoba ubezwłasnowolniona /  
małoletnia):**

Imiona i nazwisko:.....

Nr PESEL / data urodzenia:.....

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH  
PACJENTOWI**

Nie upoważniam nikogo

Upoważniam

Pana / Panią:.....

Nr PESEL / Data urodzenia:.....

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e – mail):.....

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez:

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637  
Warszawa.

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po  
mojej śmierci.

**2. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nie upoważniam nikogo

Upoważniam

Pana / Panią:.....

Nr PESEL / Data urodzenia:.....

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e – mail):.....

Upoważnienie dotyczy świadczeń udzielonych przez:

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637  
Warszawa.

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po  
mojej śmierci.

Data

Czytelny podpis