

**Upoważnienie do udostępnienia  
dokumentacji medycznej i udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta.**

(Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697)

Pacjent : .....

Pesel: .....

Adres zamieszkania: ..... Telefon.....

upoważnia niżej wymienioną osobę do udzielenia jej pełnej informacji o stanie swojego zdrowia oraz udostępnienia jej dokumentacji medycznej.

**Dane upoważnionej osoby:**

Imię Nazwisko: .....Stopień pokrewieństwa: .....

Adres zamieszkania.....

.....Telefon.....

.....  
Data i podpis pacjenta.

**Upoważnienie do udostępnienia  
dokumentacji medycznej i udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta.**

(Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697)

Pacjent : .....

Pesel: .....

Adres Zamieszkania: ..... Telefon.....

upoważnia niżej wymienioną osobę do udzielenia jej pełnej informacji o stanie swojego zdrowia oraz udostępnienia jej dokumentacji medycznej.

**Dane upoważnionej osoby:**

Imię i Nazwisko: .....Stopień pokrewieństwa .....

Adres zamieszkania.....

.....Telefon.....

.....  
Data i podpis pacjenta.