

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

dnia .....

.....  
adres zamieszkania pacjenta

numer PESEL pacjenta 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Centrum Medyczne "Dąbrówka"**  
62-070 Dąbrówka, ul. Herbowa 2  
tel. 61 306 79 79, 535 404 099  
NIP 777 323 52 69, Regon: 302616457-00029  
nr księgi 000000173098-W-30  
Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
Kod V-01, VII-001, VIII-0010  
150010262/0113/0002/0/15/NN

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Na podstawie § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010.252.1697) oświadczam co następuje:

**1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.**

.....  
podpis pacjenta

**2. Niniejszym upoważniam** .....  
Imię, nazwisko, nr telefonu/adres zamieszkania/adres e-mailowy

.....  
PESEL / nr dowodu osobistego ..... **do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.**

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.\*

.....  
podpis pacjenta

**3. Niniejszym upoważniam** .....  
Imię, nazwisko, nr telefonu/adres zamieszkania/adres e-mailowy

..... **do uzyskiwania informacji o moim stanie  
zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Nle upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.\*

.....  
podpis pacjenta