

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko osoby chorej)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

## ZGODA OSOBY CHOREJ

Upoważniam / nie upoważniam \* Panią / Pana .....

.....  
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń oraz informuję,

że z osobą upoważnioną można się kontaktować poprzez tel.: .....

lub adres mailowy: .....

.....  
(podpis osoby chorej lub opiekuna faktycznego)

Upoważniam / nie upoważniam \* Panią / Pana.....

do uzyskiwania dokumentacji.

.....  
(podpis osoby chorej lub opiekuna faktycznego)

**\*niepotrzebne skreślić**