

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
numer PESEL

.....  
numer telefonu

### Upoważnienie

Ja niżej podpisana/y .....

upoważniam Panią/Pana .....

numer  
PESEL.....

zamieszkałą/łym.....

do informacji o moim stanie zdrowia oraz dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

**1)**.....

(**podpis pacjenta pełnoletniego** z pełną zdolnością do czynności prawnych)

**2 )** W przypadku pacjenta małoletniego, **poniżej 16 lat** lub pacjenta pozbawionego  
czynności prawnych

.....  
(**podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta**)

**3) W przypadku pacjenta powyżej 16 lat** lub pacjenta z ograniczoną zdolnością do  
czynności prawnych

.....  
(**podpis pacjenta**)

**ORAZ**

.....  
(**podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta**)

.....  
data i czytelny podpis pracownika OLU przyjmującego upoważnienie