

Miejscowość		<b>WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ</b> ul. Polna 24, 78-400 SZCZECINEK (02) tel. (0-94) 374-39-11, fax (0-94) 374-30-99 NIP 673-16-26-881, REGON 330918142 <small>pieczęć przychodni</small> Rej. Wojew. Z-16 - 18542
Data		

Imię i nazwisko pacjenta																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Adres zamieszkania																					

**Oświadczenie o dostępie do dokumentacji medycznej**

- Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej  
 Upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, następującą osobę:

Imię i nazwisko upoważnionego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

**Oświadczenie o udzieleniu informacji o stanie zdrowia**

- Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia  
 Wyrażam zgodę na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia, następującej osobie:

Imię i nazwisko upoważnionego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

Zostałam/em poinformowany o możliwości złożenia niniejszych oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

Czytelny podpis pacjenta  
(rodzica, opiekuna prawnego)