

Załącznik nr 1

## OŚWIADCZENIE\*

Ja niżej podpisany/a.....upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej i kontaktu z lekarzami w sprawie informacji o stanie mojego zdrowia Pana/Panią:

.....  
*Imię i nazwisko (wpisać stopień pokrewieństwa, np. syn, mąż, lub osoba obca)*

Łódź, dnia.....

.....  
*Podpis składającego świadczenie*

\* Powyższe upoważnienie zachowuje ważność także w przypadku śmierci pacjenta.

Załącznik nr 2

## OŚWIADCZENIE\*

Ja niżej podpisany/a.....nikogo nie upoważniam do wglądu w moją dokumentację medyczną oraz do jej odbioru.

Łódź, dnia.....

.....  
*Podpis składającego oświadczenie*

\* Powyższe upoważnienie zachowuje ważność także w przypadku śmierci pacjenta.