

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, PESEL:

1. a) **Upoważniam** PESEL:
zamieszkałego Tel.

b) **Upoważniam** PESEL:
zamieszkałego Tel.

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi w Przychodnia GAJ Sp. z o.o
świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania stąd mojej dokumentacji medycznej za życia jak i po
śmierci.

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania w/w informacji.

2. **Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie informacji drogą elektroniczną.

E-mail:

Tel.:

3. **Wyrażam zgodę** na przeprowadzanie badań i udzielanie mi innych świadczeń zdrowotnych w Przy-
chodnia GAJ Sp. z o.o.

Wrocław, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta