

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
PESEL Pacjenta

## UPOWAŻNIENIE

W przypadku **zgody** na uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i wskazanie osoby upoważnionej do ich uzyskania należy **wypełnić tylko punkt 1.**

W przypadku **braku zgody** i nie upoważnianie żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia należy **wypełnić tylko punkt 2.**

W przypadku chęci otrzymywania dokumentacji medycznej za pośrednictwem **poczty elektronicznej** należy **wypełnić punkt 3.\*** (Na odwrocie strony)

\* W przypadku chęci późniejszego złożenia wniosku o otrzymywanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej konieczne będzie uprzednie złożenie niniejszego wniosku w formie pisemnej.

---

1. Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci jest:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Numer telefonu: .....

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta

---

2. Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej.

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta



Galen Rehabilitacja Sp. z o.o. ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń  
tel. (+48 32) 216 58 53 tel. kom (+48) 666 551 947  
e-mail: rehabilitacja@galen.pl

3. Ja, niżej podpisany/-na, chcę mieć możliwość otrzymania mojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej. Adres e-mail, z którego przedmiotowy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zostanie przeze mnie wysłany oraz na który dokumentację należy przesłać to:

.....

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta