



Analgomed Sp. z o.o.  
Wrocław 53-332, Powstańców  
Śląskich 95  
REGON: 366545807

Dane pacjenta:

PESEL

---

## Oświadczenie

Działając w imieniu własnym

na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z §8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

---

### Sekcja A

Upoważniam:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....nr telefonu

- Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta.

Czytelny podpis

---

### Sekcja B

- Nie upoważniam nikogo.

Czytelny podpis

---

### Sekcja C

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i innego świadczenia zdrowotnego.

Czytelny podpis