



Specjalistyczne Centrum Medyczne  
LACUSMED s.c.

Maciej Luch, Hanna Walczak-Luch  
60-468 Poznań, ul. Rzeszowska 1A

Nazwisko:..... Imię (imiona): .....

Adres (ulica, kod pocztowy, miasto):.....  
.....

Seria i nr dowodu osobistego:.....

PESEL: ..... NIP: .....

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w dziale II, rozdziale 5 oraz dziale III ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008r. Nr. 164, poz. 1027 ze zm.) w:

Nazwa placówki: Specjalistyczne Centrum Medyczne LACUSMED s.c.

Adres: 60-468 Poznań, ul. Rzeszowska 1A

.....  
Data i podpis pacjenta

2A1. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby życia i w przypadku śmierci, jest\*:

Nazwisko i imię .....

Adres (ulica, kod pocztowy, miasto):.....  
.....

.....Telefon: .....

Seria i nr dowodu osobistego:..... PESEL: .....

.....  
Data i podpis pacjenta



2A2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby życia i w przypadku śmierci, jest\*:

Nazwisko i imię .....

Adres (ulica, kod pocztowy, miasto):.....

.....Telefon: .....

Seria i nr dowodu osobistego:..... PESEL: .....

.....  
Data i podpis pacjenta

2B1. Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby życia i w przypadku śmierci\*:

.....  
Data i podpis pacjenta

2B2. Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby życia i w przypadku śmierci\*:

.....  
Data i podpis pacjenta

3A1. Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, jest\*:

Nazwisko i imię .....

Adres (ulica, kod pocztowy, miasto):.....

.....Telefon: .....

Seria i nr dowodu osobistego:..... PESEL: .....

.....  
Data i podpis pacjenta



3A2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, jest\*:

Nazwisko i imię .....

Adres (ulica, kod pocztowy, miasto):.....

.....Telefon: .....

Seria i nr dowodu osobistego:..... PESEL: .....

.....  
Data i podpis pacjenta

3B1. Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych\*:

.....  
Data i podpis pacjenta

3B2. Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych\*:

.....  
Data i podpis pacjenta

#### **OBJAŚNIENIE**

\* 2A1, 3B1, 3A1, 3B1 – wybrać odpowiednie oświadczenie i wypisać w przypadku jednej osoby upoważnionej / nieupoważnionej.

\* 2A2, 3B2, 3A2, 3B2 – wybrać odpowiednie oświadczenie i wypisać w przypadku drugiej osoby upoważnionej / nieupoważnionej.