



Sanus Sp. z o.o.  
NZOZ Przychodnia Lekarska „Obluże Leśne”  
81-153 Gdynia ul. Unruğa 84  
Sąd Rejonowy Gdańsk Północ VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000024643  
Kapitał zakładowy 51 060,00 pln  
NIP 958-13-72-132 REGON 192501530  
tel. 58 625 05 00; (058) 625 96 64; fax 058 625 40 03  
e-mail: obluze.lesne@wp.pl  
http://www.obluzelesne.pl/



....., dnia.....

Imię i nazwisko upoważniającego: .....

numer PESEL:.....

adres zamieszkania: .....

### Zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia oraz na udostępnianie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/y....., na podstawie art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.), oświadczam, iż wyrażam zgodę na: udzielanie wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach badań oraz rokowaniu, – udostępnienie wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, następującym osobom:

1).....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego

2).....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego

3).....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego

**Upoważnienie niniejsze ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do:**

1. **wszelkich informacji oraz całej dokumentacji medycznej**
2. **odbioru wyników diagnostycznych**
3. **odbioru recept**

**UWAGA! W przypadku tylko częściowego upoważnienia proszę wykreślić pozostałe dokumenty do których nie upoważniony nie ma zgody i podpisać się.**

Upoważnienie zostaje udzielone bezterminowo

Podpis upoważniającego