



## MOJA DIAGNOZA

### OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
numer telefonu  
(podanie jest dobrowolne, jednak  
konieczne do odebrania wyników on-line)

.....  
Data urodzenia

.....  
pesel

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Imię i nazwisko, nr Pesel / data urodzenia przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

Nie upoważniam nikogo

Upoważniam:

Pana/Panią .....

Nr PESEL / data urodzenia .....

Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie można pobrać z naszej strony internetowej [www.mojadiagnoza.com.pl](http://www.mojadiagnoza.com.pl)

Niezbędne do pobrania wyników jest podanie na ankiecie numeru telefonu. Na podany numer pacjent otrzyma hasło do logowania.

.....  
Data i podpis pracownika przyjmującego dokument

.....  
data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego  
lub przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda  
równoległa opiekuna prawnego)