



## Poradnia Ziołolecznictwa

### HISTORIA CHOROBY

Nazwisko i imiona:	<b>Pesel:</b>	
Data i miejsce urodzenia:	Wiek:	Płeć:
Telefon:		
<b>Miejsce zamieszkania:</b>		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:		
Ulica:		

### OŚWIADCZENIE

Do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam (przedstawicielem ustawowym chorego/opiekunem jest):

.....

Do wglądu do mojej dokumentacji medycznej, uzyskiwania odpisów i kserokopii upoważniam / nie upoważniam nikogo:

.....

Upoważnienie jest ważne także na wypadek mojej śmierci.

Data i Podpis chorego

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....

.....