

Imię i nazwisko <b>pacjenta</b> / Full name of the <b>patient</b>	PESEL Personal Identification Number*
-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

w imieniu własnym / acting in my own name

<input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy** – oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta – rodzicem/ opiekunem prawnym (niewłaściwe wykreślić): <i>Acting as a legal representative** – I confirm that I am the patient's legal representative – a parent / a legal guardian (delete as applicable):</i>	Wypełnia rodzic lub opiekun prawny
Imię i nazwisko <b>przedstawiciela ustawowego</b> / Full name of the <b>legal representative</b>	PESEL Personal Identification Number*
Adres zamieszkania /Address of residence	Numer telefonu / Phone No.

UPOWAŻNIENIE DO INFORMOWANIA O STANIE ZDROWIA	<input type="checkbox"/> <b>upoważniam</b> do uzyskiwania <b>INFORMACJI O STANIE ZDROWIA</b> i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym ENEL-MED S.A.: <i>I authorise the following person to obtain <b>INFORMATION ABOUT MY HEALTH</b> and medical services provided to me at Centrum Medyczne ENEL MED S.A.:</i>
Imię i nazwisko <b>osoby upoważnionej</b> / Full name of the <b>authorised person</b>	
Adres zamieszkania osoby upoważnionej /Address of residence of the authorised person	Nr telefonu osoby upoważnionej Telephone No. of the authorised person
<input type="checkbox"/> <b>nie upoważniam nikogo</b> do uzyskiwania <b>INFORMACJI O STANIE ZDROWIA</b> i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym ENEL-MED S.A. <i>I do not authorise anyone to obtain <b>INFORMATION ABOUT MY HEALTH</b> and medical services provided to me at Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.</i>	

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	<input type="checkbox"/> <b>upoważniam na stałe</b> (do odwołania) do <b>DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b> z Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.: <i>I permanently authorise (until further notice) the following person to gain <b>ACCESS TO MY MEDICAL RECORDS</b> from Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.:</i>
<input type="checkbox"/> w pełnym zakresie / all records <input type="checkbox"/> w zakresie (rodzaj poradni, przedział czasowy) / only records relating to (name of the clinic, timeframe): .....	
Imię i nazwisko <b>osoby upoważnionej</b> / Full name of the <b>authorised person</b>	
<input type="checkbox"/> <b>nie upoważniam nikogo</b> do <b>DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b> z Centrum Medycznego ENEL-MED S.A. <i>I do not authorise anyone to gain <b>ACCESS TO MY MEDICAL RECORDS</b> from Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.</i>	

\* Numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Personal Identification Number, if attributed; for newborns – mother's Personal Identification Number; for persons without the Personal Identification Number – type and number of the identity document.  
 \*\* W przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, należy wpisać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania jego przedstawiciela ustawowego. / If the patient is a minor, or is totally incapacitated or unable to give informed consent, insert the full name and address of residence of the patient's legal representative.

data / date	czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego legible signature of the patient / legal representative
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------