

miejsowość..... dn.

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu/ odmowie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a.....

(Imię i nazwisko pacjenta)

PESEL:

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskania:

- Informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

Adres z kodem pocztowym.....

Telefon.....

.....

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

miejsowość..... dn.

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu/ odmowie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a.....

(Imię i nazwisko pacjenta)

PESEL:

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nie upoważniam nikogo/ upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskania:

- Informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

Adres z kodem pocztowym.....

Telefon.....

.....

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego