

Imię i Nazwisko pacjenta.....Data urodzenia pacjenta.....

Oświadczenie Pacjenta

Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....

Adres.....Nr telefonu.....

.....
data i podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

.....
data i podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

Upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....

Adres.....Nr telefonu.....

.....
data i podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

