

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