

PACJENT _____
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE

_____ MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PESEL _____
PESEL PACJENTA

ADRES _____
ULICA / NR DOMU / KOD POCZTOWY / MIEJSCOWOŚĆ

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Upoważniam Pana/Panią _____
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

ADRES _____

TELEFON _____

PESEL _____

2. Upoważniam Pana/ Panią _____
do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

ADRES _____

TELEFON _____

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

CZYTELNY PODPIS PACJENTA SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE