

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pesel pacjenta

.....
Adres pacjenta

OŚWIADCZENIE

Upoważniam / nie upoważniam do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci.

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
data urodzenia osoby upoważnionej

.....
Adres osoby upoważnionej

.....
Numer telefonu osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis pacjenta