

.....
nazwisko i imię

.....
pesel

.....
adres

.....
numer telefonu

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam/nie upoważniam Pana/Panią
..... do otrzymania informacji o
stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania wglądu do
dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

OSOBA UPOWAŻNIONA:

Nazwisko i imię,
data urodzenia,
adres,
numer telefonu

.....
data i podpis pacjenta

.....
nazwisko i imię

.....
pesel

.....
adres

.....
numer telefonu

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam/nie upoważniam Pana/Panią
..... do otrzymania informacji o
stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania
dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

OSOBA UPOWAŻNIONA:

Nazwisko i imię,
data urodzenia,
adres,
numer telefonu

.....
data i podpis pacjenta