

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Adres

Oświadczenia do dokumentacji medycznej

- 1.1 Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

L.p.	Osoba upoważniona	PESEL, adres, telefon

- 1.2 Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

- 2.1 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (także na wypadek śmierci):

L.p.	Osoba upoważniona	PESEL, adres, telefon

- 2.2 Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (także na wypadek śmierci).

- 3.0 Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

Data złożenia oświadczenia: Podpis Pacjenta: