

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Upoważniam (nie upoważniam)* n/w osobę do:

- a) uzyskiwania informacji o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- b) uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania

.....
czytelny podpis pacjenta

* – niepotrzebne skreślić

Druk: PRESSING tel./fax (52) 341-22-60 lub 609 674 707