

.....
Imię i nazwiska pacjenta

.....
PESEL

Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń medycznych:

Upoważniam

Nie Upoważniam

Panią/Pana Nr PESEL:

Adres

Telefon:.....

2. Wyrażam zgodę do uzyskiwania dokumentacji medycznej, w tym również po mojej śmierci.

Upoważniam

Nie Upoważniam

Panią/PanaNr PESEL:

Adres

Telefon:.....

3. Niniejszym oświadczeniem, wyrażam zgodę, żeby wystawione na mnie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogły być odebrane przez osoby trzecie.

Upoważniam

Nie upoważniam

Panią/PanaNr PESEL:

Adres

Telefon:.....

.....
data, podpis pacjenta