

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL pacjenta)

Oświadczenie

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

Upoważniam []

Nie upoważniam []

Pana/Panią

PESEL

Adres

Telefon

- Wyrażam zgodę do uzyskiwania dokumentacji medycznej, w tym również po mojej śmierci:

Upoważniam []

Nie upoważniam []

Pana/Panią

PESEL

Adres

Telefon

- Niniejszym oświadczeniem wyrażam zgodę, by wystawione na mnie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mogły być odebrane przez osoby trzecie:

Upoważniam []

Nie upoważniam []

Pana/Panią

PESEL

Adres

Telefon

.....
Data i podpis Pacjenta

