

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Pan / Pani

.....
Dane kontaktowe osoby upoważnionej (adres, telefon)

Nie upoważnia nikogo (podpis).....

Pisemne oświadczenie pacjenta o uwapnieniu do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia:

Pan / Pani

.....
Dane kontaktowe osoby upoważnionej (adres, telefon)

Nie upoważnia nikogo (podpis).....