

Ja niżej podpisany/ a ur.

PESEL zam.

Oświadczam, że osobą upoważnioną:

- do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,*
- do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej,*

również w przypadku śmierci, czynię:

Pana/ Panią

Data urodzenia

zam......

stopień pokrewieństwa..... **tel.**

* niepotrzebne skreślić

Data Podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.*

* niepotrzebne skreślić

Data Podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

Data Podpis pacjenta