

.....
(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

Warszawa,

OŚWIADCZENIE

I

Upoważniam Pana/Panią
(imię i nazwisko)
zamieszkałego/-ą
(adres)
nr telefonu
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(podpis pacjenta)

II

Upoważniam Pana/Panią
(imię i nazwisko)
do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....
(podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....
(podpis pacjenta)