

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:.....

Adres email:.....

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
Imię, nazwisko, adres, data urodzenia os. upoważnionej

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

zarówno za życia jak i po mojej śmierci

wyłącznie po mojej śmierci

Upoważnienie jest stałe / jednorazowe / wydane do dnia*r.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Pacjenta

2. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
Imię, nazwisko, adres, data urodzenia os. upoważnionej

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej,

zarówno za życia jak i po mojej śmierci*

wyłącznie po mojej śmierci*

Upoważnienie jest stałe / jednorazowe / wydane do dnia*r.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela ustawowego)

*niepotrzebne skreślić