

Imię i nazwisko

Pesel

Oświadczenie

1 / Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania dokumentacji medycznej (recepta wyniki badań itd.)

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

*niepotrzebne skreślić **

Oświadczenie

2 / Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

*niepotrzebne skreślić **

Oświadczenie

3 / Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przeprowadzanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w roz. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę/niewyrażającej zgody*

**niepotrzebne skreślić*