

OŚWIADCZENIE

Ja,

imię i nazwisko pacjenta

- 1.** Upoważniam Pana/Panią,
do **UZYSKANIA INFORMACJI** o stanie mojego zdrowia i
udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

adres:

stopień pokrewieństwa:

telefon:

- 2.** Upoważniam Pana/Panią,
do **UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**
dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń
zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

adres:

stopień pokrewieństwa:

telefon:

.....
czytelny podpis pacjenta