



.....
Imię i nazwisko pacjenta/ki

.....
Numer karty

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
2. Upoważniam Pana/Panią
data urodzenia lub PESEL
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
Dane osoby upoważnionej:
adres:
tel.:
3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
4. Upoważniam Pana/Panią
data urodzenia lub PESEL
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(Data oraz czytelny podpis pacjenta/ki)