

Krotoszyn, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Ulica

.....
Kod pocztowy, miejscowość

OŚWIADCZENIE

*Upoważniam.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkałego/łą.....
(adres zamieszkania, numer telefonu)

DO UZYSKANIA INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH
ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

.....
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

*Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych
świadctwach zdrowotnych

.....
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

*Upoważniam.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkałego/łą.....
(adres zamieszkania, numer telefonu)

DO UZYSKANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

*Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

.....
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

WYCOFUJE POWYŻSZE UPOWAŻNIENIE(niezbędne jest wypisanie nowego dokumentu
upoważniającego inną osobę)

.....
(data i podpis pacjenta, opiekuna prawnego)