Oświadczenie

Upoważnienie do informacji i dokumentacji medycznej

Uzupełnij pola, wydrukuj formularz i podpisz odręcznie.

Niniejszym oświadczam, że:

1. Informacja o stanie zdrowia

Do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

☐ Upoważniam ☐ Nie upoważniam nikogo

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Data urodzenia	Telefon

Czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego

2. Dokumentacja medyczna

Do uzyskania dokumentacji medycznej lub kopii dokumentacji dotyczącej mojego zdrowia, również w przypadku mojej śmierci:

☐ Upoważniam ☐ Nie upoważniam nikogo

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Data urodzenia	Telefon

Czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego

Podpis przyjmującego oświadczenie