OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam,że:

1. do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielnych mi świadczeń zdrowotnych:

( ) upoważniam

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia, telefon osoby upoważnionej)

( ) nie upoważniam nikogo

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

2. do uzyskania dokumentacji medycznej/ kopii dokumentacji dotyczącej mojego zdrowia, również w przypadku mojej śmierci:

( ) upoważniam

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia, telefon osoby upoważnionej)

( ) nie upoważniam nikogo

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

Podpis przyjmującego oświadczenie .....