

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych upoważniam:*

-
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

-
(adres z kodem oraz numer telefonu)

2. do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam:*

-
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

-
(adres z kodem oraz numer telefonu)

3. nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych;*

4. nie wyrażam zgody na udostępnianie komukolwiek mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*

....., dnia 20..... r.

Podpis pacjenta

Podpis przyjmującego oświadczenie

*) zbędne skreślić