……

İmię i nazwisko pacjenta PESEL

OŚWIADCZENIE

Do uzyskiwania dokumentacji medycznej, w każdym przypadku upoważniam:

1. …… …… ……
imię i nazwisko osoby upoważnionej adres telefon

2. …… …… ……
imię i nazwisko osoby upoważnionej adres telefon

……
podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych upoważniam:

1. …… …… ……
imię i nazwisko osoby upoważnionej adres telefon

2. …… …… ……
imię i nazwisko osoby upoważnionej adres telefon

……
podpis pacjenta/opiekuna prawnego