

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana

nr PESEL nr telefonu

1. do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia.
2. do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo

1. do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia
2. do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Podpis pacjenta