



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej

Ja (imię i nazwisko)

legitymujący/a się Dowodem Osobistym: seria: numer:

wydanym przez

urodzony/a w:, PESEL:

zamieszkały:.....

telefon kontaktowy:

	Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych oraz wglądu do mojej dokumentacji medycznej, sporządzonej w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym Aniołowo.
--	--

	Upoważniam następującą osobę / osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych oraz wglądu do mojej dokumentacji medycznej, sporządzonej w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym Aniołowo:
--	---

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania i numer telefonu osoby upoważnionej)

.....
(pokrewieństwo)

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania i numer telefonu osoby upoważnionej)

.....
(pokrewieństwo)

.....
(data i podpis pacjenta)