

UPOWAŻNIENIE

Ja, oświadczam, iż osobą do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego*/dziecka*/ osoby podopiecznej* i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania kopii dokumentacji medycznej również w przypadku śmierci czynię:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia Nr telefonu

Adres zamieszkania

2. Imię i nazwisko

Data urodzenia Nr telefonu

Adres zamieszkania

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

W przypadku pacjenta niezdolnego do złożenia samodzielnie podpisu

.....

(podpis osoby upoważnionej)

.....
(stopień pokrewieństwa)

Poniższy tekst wypełniamy w przypadku braku jakiegokolwiek osoby.

Ja, oświadczam, iż nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku mojej śmierci.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

*Niepotrzebne skreślić