

Dane pacjenta
Imię i nazwisko:
PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam

Imię i nazwisko, dane kontaktowe:

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

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

.....

Podpis pacjenta / opiekuna

Upoważniam

Imię i nazwisko, dane kontaktowe:

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

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....

Podpis pacjenta / opiekuna

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

.....

Podpis pacjenta / opiekuna