Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu

Adres email:

Upoważnienie przez pacjenta do dokumentacji medycznej

1. Upoważniam / Nie upoważniam[1]

_____

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Upoważnienie jest:

stale
jednorazowe
wydane do dnia: _____

2. Upoważniam / Nie upoważniam[1]

_____

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej)

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

Upoważnienie jest:

stale
jednorazowe
wydane do dnia: _____

_____

(miejscowość, data i podpis Upoważniającego)

[1] niepotrzebne skreślić