

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

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych upoważniam:*

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

.....
(adres z kodem oraz numer telefonu)

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam:*

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

.....
(adres z kodem oraz numer telefonu)

3. Nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych:*

4. Nie wyrażam zgody na udostępnianie komukolwiek mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*

....., dnia 20.....r.

Podpis pacjenta

Podpis przyjmującego oświadczenie

* - zbędne skreślić