



Nazwisko i imię.....PESEL.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ

1. DO UZYSKIWANIA INFORMACJI o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

upoważniam: Nazwisko i imię (imiona), adres, nr telefonu:

.....

nie upoważniam żadnej osoby **do uzyskiwania informacji** o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

2. DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ dotyczącej stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

upoważniam: Nazwisko i imię(imiona) , adres, nr telefonu:

.....

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....

3. DO ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ

upoważniam: Nazwisko i imię(imiona) , adres, nr telefonu

.....

nie upoważniam żadnej osoby do odbioru recept i zleceń.

.....

.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/ przedstawiciela ustawowego