

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(miejsowość i data)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych z uwzględnieniem wglądu do dokumentacji medycznej za życia i po śmierci:

Osobą upoważnioną jest:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(pesel)

.....
(adres ,telefon)

Nie upoważniam nikogo.

.....
(czytelny podpis pacjenta)