…………………………………….. …………………………

 (imię i nazwisko pacjenta) (miejscowość 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)