

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji / dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na

.....

Legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: dowodem osobistym/ paszportem*

Seria.....Numer.....

Nr PESEL.....

Imię i nazwisko dziecka.....**

Nr PESEL **

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego /
mojego dziecka* i świadczeniach zdrowotnych, a także do uzyskiwania mojej /
mojego dziecka* dokumentacji medycznej

Upoważniam niniejszym Pana/Panią :

.....

nr PESEL.....

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon

Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego / mojego dziecka*
i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w:

Do rezerwacji, modyfikacji oraz pozyskiwania informacji o planowanych
i ozrealizowanych wizytach moich / lub mojego dziecka

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis UPOWAŻNIAJĄCEGO

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis przyjmującego oświadczenie

* proszę zakreślić właściwe

** proszę wypełnić jeżeli dotyczy