

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon

Udzielanie informacji o stanie zdrowia

Upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji w powyższym zakresie.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

nr telefonu:

do uzyskania dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

miejscowość, data

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie