

.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

.....
data i miejsce urodzenia

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam / nie upoważniam* do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych do uzyskania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Numer telefonu osoby upoważnionej:

E-mail osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Numer telefonu osoby upoważnionej:

E-mail osoby upoważnionej:

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przesyłanie dokumentacji drogą elektroniczną,

.....
data, czytelny podpis pacjenta/ki

*niepotrzebne skreślić