

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz. U. nr 252, poz 1697 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

tel./e-mail

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych oświadczeniach zdrowotnych TAK / NIE

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej TAK / NIE

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)