

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

adres

tel./e-mail

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
za życia i po śmierci TAK / NIE

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK / NIE

z: GABINET PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ, GABINET POŁOZNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ,
PORADNIA LEKARZA POZ.

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