



⊙KULISTYKA s.c.

miejsowość....., dn.

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Imię i nazwisko pacjenta)

Nie upoważniam nikogo/upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskania:

- Informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres z kodem pocztowym

Telefon

.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego



⊙KULISTYKA s.c.

miejsowość....., dn.

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Imię i nazwisko pacjenta)

Nie upoważniam nikogo/upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskania:

- Informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres z kodem pocztowym

Telefon

.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego