

Nazwisko i imię: Płeć:

Data urodzenia:Wiek: Pesel:

Adres:Telefon:

Udzielenie informacji o stanie zdrowia

- Upoważniam Pana/Panią:
do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz
możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach
ich zastosowania albo zaniechania.
- Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do trzymania informacji w powyższym zakresie.

Udostępnienie dokumentacji medycznej

- Upoważniam Pana/Panią:
Imię: Nazwisko: Pesel:
nr telefonu (konieczny do podania):
do uzyskania dokumentacji medycznej
- Imię: Nazwisko: Pesel:
nr telefonu (konieczny do podania):
do uzyskania dokumentacji medycznej
- Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

Zgoda na odbiór recept

- Upoważniam Pana/Panią:
 Oświadczam, że wyrażam zgodę na odbiór recept przez osoby trzecie bez szczególnego
określenia tych osób
 Oświadczam, że nie wyrażam zgody na odbiór recept przez osoby trzecie

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie