

 <p>MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE</p>	OŚWIADCZENIE PACJENTA	F-OM-1-1-4
--	------------------------------	-------------------

Pacjent

Nazwisko i imięPESEL:

Adres: Telefon:.....

Udzielenie informacji o stanie zdrowia - do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania.

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres: Telefon:.....

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do informacji o stanie zdrowia

 <p>MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE</p>	OŚWIADCZENIE PACJENTA	F-OM-1-1-4
--	------------------------------	-------------------

Pacjent

Nazwisko i imięPESEL:

Adres: Telefon:.....

Udzielenie informacji o stanie zdrowia - do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania.

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres: Telefon:.....

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do informacji o stanie zdrowia

Udostępnienie dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres:Telefon:.....

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

Zgoda do odbioru i zamawiania recept

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres:Telefon:.....

Oświadczam, że nie wyrażam zgody do odbioru i zamawiania recept

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Udostępnienie dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres:Telefon:.....

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

Zgoda do odbioru i zamawiania recept

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i imięPESEL:.....

Adres:Telefon:.....

Oświadczam, że nie wyrażam zgody do odbioru i zamawiania recept

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie