żagielmed

.....

.....

.....

# OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych upoważniam:*

   - .....
     (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

   - .....
     (adres z kodem oraz numer telefonu)

2. do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam:*

   - .....
     (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

   - .....
     (adres z kodem oraz numer telefonu)

3. nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych;*

4. nie wyrażam zgody na udostępnianie komukolwiek mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*

....., dnia ..... 20..... r.

Podpis pacjenta .....

Podpis przyjmującego oświadczenie .....

*) zbędne skreślić

EQUST - DRUKI MEDYCZNE
Lublin, Skowronkowa 16, tel. 0509 915 001