

Lublin, dn.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

() upoważniam:

.....
.....
.....

imię, nazwisko, numer telefonu osoby upoważnionej

() nie upoważniam nikogo.

2. do uzyskania dokumentacji medycznej/kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego zdrowia, również w przypadku mojej śmierci

() upoważniam:

.....
.....
.....

imię, nazwisko, numer telefonu osoby upoważnionej

() nie upoważniam nikogo.

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta

Przyjmujący oświadczenie:

.....

Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie