

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejsowość i data

.....
numer PESEL

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, załatwiania niezbędnych spraw, również finansowych, dotyczących mojej osoby

Jako pacjent
oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki

- upoważniam*

.....
.....

.....
imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych, adres zamieszkania, adres korespondencyjny

- nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

Dane kontaktowe osób upoważnionych:

.....
.....
(numer telefonu, adres poczty elektronicznej):

Upoważnienie niniejsze udzielone jest:

- bezterminowo*
- na czas określony do dnia*

.....
czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić