

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a

.....
imię i nazwisko pacjenta

dokument tożsamości nr

upoważniam Panią / Pana

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej.

dokument tożsamości nr

zamieszkałego/a
adres osoby upoważnionej

do otrzymywania, wyników badań, informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Warszawa, dn.

.....
czytelny podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a
nazwisko i imię pacjenta

dokument tożsamości nr

oświadczam, że upoważniłem/am Panią / Pana.....
nazwisko i imię osoby upoważnionej

dokument tożsamości nr

do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

Warszawa, dn.

.....
czytelny podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a
nazwisko i imię pacjenta

dokument tożsamości nr

oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej
w przypadku mojej śmierci.

Warszawa, dn.

.....
czytelny podpis pacjenta