

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
PESEL
TELEFON
ADRES ZAMIESZKANIA

UPOWAŻNIAM/NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO.....

IMIĘ I NAZWISKO, DANE KONTAKTOWE
do informacji o moim/mojego podopiecznego stanie zdrowia i o udzielonych mi/mojemu
podopiecznemu świadczeniach zdrowotnych

.....
data i podpis pacjenta, przedstawiciela
ustawowego/opiekuna faktycznego

Upoważniam/ nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko, dane kontaktowe

do uzyskania mojej/mojego podopiecznego dokumentacji medycznej

.....
data, podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
PESEL
TELEFON
ADRES ZAMIESZKANIA

UPOWAŻNIAM/NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO.....

IMIĘ I NAZWISKO, DANE KONTAKTOWE
do informacji o moim/mojego podopiecznego stanie zdrowia i o udzielonych mi/mojemu
podopiecznemu świadczeniach zdrowotnych

.....
data i podpis pacjenta, przedstawiciela
ustawowego/opiekuna faktycznego

Upoważniam/ nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko, dane kontaktowe

do uzyskania mojej/mojego podopiecznego dokumentacji medycznej

.....
data, podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego