

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a.....

pesel:..... Tel:.....

Zgodnie z Dz. U. nr 252, poz.1697 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:

(imię i nazwisko).....

Pesel/data ur:..... adres.....

do (**podkreśli właściwe**):

1. Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych
2. Udostępnienia całej dokumentacji medycznej
3. Udostępnienia – wglądu do całej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci
4. Nie upoważniam żadnej osoby do udostępniania w/w danych

.....
data i czytelny podpis

Oświadczenie

podkreśli właściwe