

Oświadczenie o upoważnieniu lub braku upoważnienia

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

1. Oświadczam, że:

Upoważniam **do uzyskiwania informacji** o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w CM doktorA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

..... data i czytelny podpis pacjenta(ki)

2. Oświadczam, że:

Upoważniam na stałe **do odbioru mojej dokumentacji medycznej** z CM doktorA:

Imię i nazwisko.....

PESEL:

..... data i czytelny podpis pacjenta(ki)

3. Oświadczam, że:

Upoważniam **do uzyskania dokumentacji medycznej** z CM doktorA **w przypadku mojej śmierci:**

Imię i nazwisko.....

PESEL:

..... data i czytelny podpis pacjenta(ki)

4. Oświadczam, że:

Upoważniam na stałe **do odbioru recept** z CM doktorA:

Imię i nazwisko.....

PESEL:

..... data i czytelny podpis pacjenta(ki)