

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważnienie osoby do uzyskania dokumentacji medycznej

Ja, _____ (imię i nazwisko),

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

upoważniam osobę _____ (imię i nazwisko),

zamieszkałą/y _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do uzyskania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie.

Rodzaj dokumentacji (nazwa oddziału / poradni / pracowni / nazwisko lekarza):

Data i podpis Pacjenta