



OŚWIADCZENIE PACJENTA

(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

Dane pacjenta

(Imię, Nazwisko, Pesel)

(Adres zamieszkania, telefon)

Dane rodziców, opiekunów prawnych (jeśli pacjent jest małoletni)

(Imię, nazwisko matki, PESEL)

(Imię, nazwisko ojca, PESEL)

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

(Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam: Nie upoważniam nikogo;

Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta;

Upoważnienie do dokumentacji medycznej;

(Imię, nazwisko, data urodzenia)

(Adres zamieszkania, telefon, adres e-mail)

Nowiny, dn.