

ul. Sadowa 22
05-825 Grodzisk Maz.

.....
imię i nazwisko pacjenta/ki

.....

pesel

Upoważnienie

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia następujące osoby:

1.

imię i nazwisko

.....

.....

.....

adres

2.

imię i nazwisko

.....

.....

.....

adres

3.

imię i nazwisko

.....

.....

.....

adres

Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz informacji o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....
podpis pacjenta/ki