Załącznik nr 2

Oświadczenie pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

<u>Imię i nazwisko pacjenta</u> …… **nr PESEL:** ……...……

Oświadczam, że osoba upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko …… tel. kontaktowy …..……..

Adres zamieszkania……...

……
data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

…….…….……..…….
data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jest:

Imię i nazwisko ……..…… tel. kontaktowy ……

Adres zamieszkania……..…….

……
data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

……..
data i czytelny podpis pacjenta