

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej *

Ja niżej podpisany/na

.....

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych, a także do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej*

Upoważniam niniejszym*

Pana/Panią

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon:

Adres:

.....

Pana/Panią

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon:

Adres:

.....

Pana/Panią

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon:

Adres:

.....

Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych mi w NZOZ CORPOMED Centrum Rehabilitacji Miłosna.

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w NZOZ CORPOMED Centrum Rehabilitacji Miłosna.

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis upoważniającego

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis przyjmującego oświadczenie