

Ruda Śląska, dnia.....

.....
.....
.....
(imię nazwisko, adres)

Oświadczenie-upoważnienie

o upoważnienie osoby bliskiej do uzyskania informacji o stanie zdrowia
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Jako pacjent
(zakładu opieki zdrowotnej)

• upoważniam.....

.....
.....
.....
.....

(imiona i nazwiska oraz numery telefonów osób upoważnionych)

• nie upoważniam nikogo*

do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(czytelny podpis pacjenta)

*niepotrzebne skreślić