Malinówka, ……..

……
(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

OŚWIADCZENIE

Upoważniam Pana/Panią ……. zamieszkałego/ą …….
…….. nr telefonu ……
do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

…….
(podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

…….
(podpis pacjenta)