

**O WIADCZENIE PACJENTA: UPOWA NIENIE DOTYCZ CE
UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I UDZIELONYCH WIADCZE ZDROWOTNYCH**

Ja, ni ej podpisany/a
adres zamieszkania

PESEL [| | | | | | | | | | | |], legitymuj cy/asi
nazwa, seria i numer dokumentu to samo ci

Upowa niam / Nie upowa niam nikogo* do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi wiadczeniach medycznych.
Osob upowa nion jest:

.....PESEL [| | | | | | | | | | | |]
imi i nazwisko
adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy osoby upowa nionej.....

....., dnia [| |], [| |], [| |] r.

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Odwołanie upowa nienia dla osoby wskazanej w o wiadczeniu, na dalsze udzielanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi wiadczeniach zdrowotnych z dniem.....

.....
(czytelny podpis pacjenta)

*niewła ciwe skre li