



.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
nr PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania pacjenta

OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I
UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Jako pacjent NZOZ SilesiaMED ul. Gen. Ziętka 74c, 41-412 Mysłowice

- upoważniam *

.....

.....

.....

.....
imiona nazwiska, nr PESEL, nr tel osób upoważnionych

- nie upoważniam nikogo *

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić



.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
nr PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania pacjenta

OŚWIADCZENIE
O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
I DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Jako pacjent NZOZ SilesiaMED ul. Gen. Ziętka 74c, 41-412 Mysłowice

- upoważniam *

.....

.....

.....

.....
imiona nazwiska, nr PESEL, nr tel osób upoważnionych

- nie upoważniam nikogo *

do uzyskiwania dokumentacji medycznej i dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej
mojej osoby.

Upoważnienie powyższe

- dotyczy również *

- nie dotyczy *

dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
czytelny podpis pacjenta