

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia

imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

dowód osobisty pacjenta: seria i numer

dowód osobisty pacjenta wydany przez

adres pacjenta

imię i nazwisko osoby upoważnionej

adres osoby upoważnionej

PESEL osoby upoważnionej

dowód osobisty osoby upoważnionej: seria i numer

dowód osobisty osoby upoważnionej wydany przez

Informacje o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych są dokumentowane przez MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

Upoważniam wskazaną osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

data, miejscowość i czytelny podpis pacjenta

Brak upoważnienia

Oświadczenie o braku upoważnienia

imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

dowód osobisty pacjenta: seria i numer

dowód osobisty pacjenta wydany przez

adres pacjenta

Informacje o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych są dokumentowane przez MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w MEDICAL-SPACE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Trzebowniko 1029, 36-001 Trzebowniko, KRS 0001232830, NIP 5170465232, REGON 54320759700021.

data, miejscowość i czytelny podpis pacjenta