

Oświadczenie

1) Ja

(imię i nazwisko osoby upoważniającej, PESEL)

upoważniam / nikogo nie upoważniam*

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)

.....

(adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej)

a) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej*

b) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych*

c) do odbioru wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych, rtg*

jednorazowo / na stałe*

Właściwie zaznaczyć*

.....

PODPIS UPOWAŻNIAJĄCEGO