

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL:

1. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na informowanie o moim stanie zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej.
(w przypadku wyrażenia zgody należy podać dane osób kogo można informować o stanie zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej):

1)PESEL:
(imię i nazwisko)

.....
(nr telefonu)

2)PESEL:
(imię i nazwisko)

.....
(nr telefonu)

.....
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)