Nazwisko..... .....Imię(imiona)..... .....

Adres..... .....Seriainr .dowoduosobistego.....

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej orazs posobuje jp rzetwarzania (Dz.U.2 015 r.p oz.2 069):

Nazwaplacówki:..... .....

Adres:..... .....

.....
Dataipodpispacjenta

2. Oświadczam, <u>że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci jest:</u>

Nazwiskoiimię:..... .....

Adresz amieszkaniaz k odemp ocztowym:. .....

Nrtelefonu:..... .....

.....
Dataipodpispacjenta

Oświadczam, <u>że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci:</u>

.....
Dataipodpispacjenta

3. Oświadczam, <u>że osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:</u>

Nazwiskoiimię:..... .....

Adresz amieszkaniaz k odemp ocztowym:. .....

Nrtelefonu:..... .....

.....
Dataipodpispacjenta

Oświadczam, <u>że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi swiadczeniach zdrowotnych:</u>

.....
Dataipodpispacjenta