

.....
Imię i nazwisko pacjenta

┌──────────────────────────────────┐
PESEL pacjenta

.....
Adres pacjenta

OŚWIADCZENIE

Upoważniam / nie upoważniam* do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci.

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres osoby upoważnionej

.....
Numer telefonu osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

*Niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis pacjenta

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

*BiRaKo", Tel. 34 3651 686, www.birako.pl