

imię i nazwisko pacjenta.....
adres zamieszkania.....
PESEL

nr telefonu kontaktowego

OŚWIADCZENIE 1

Upoważniam / nie upoważniam* do otrzymania informacji o stanie 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, e-mail osoby upoważnionej:

.....

.....
*data, czytelny podpis pacjenta(ki) lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego**

Potwierdzenie poinformowania osoby uprawnionej o obowiązku informacyjnym dotyczącym przetwarzania jego danych osobowych poprzez:

- Telefon
- E- mail osoby upoważnionej
- Osobiście

.....
(Data i Podpis osoby informującej)