

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

adres.....

tel./e-mail.....

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, TAK / NIE
za życia i po śmierci, w NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. we wszystkich
poradniach / we wskazanych poradniach*:
.....

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci w NZOZ Centrum Medyczne TAK / NIE
„Kaszuby” Sp. z o.o. we wszystkich poradniach / we wskazanych poradniach*:
.....

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)