

Nazwisko i imię pacjenta: _____ Adres zamieszkania: _____
 Data urodzenia: _____
 PESEL: _____ Adres do korespondencji: _____
 (jeśli inny niż zamieszkania)
 Płeć: _____ Nazwa skype: _____
 Telefon kontaktowy: _____ Adres e-mail: _____
 Telefon inny: _____

W przypadku wypełniania danych na komputerze, należy dwukrotnie kliknąć w dowolne powyższe pole (edycja nagłówka).

WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

NIE UPOWAŻNIAM

Nie upoważniam nikogo do wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

data i czytelny podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Upoważniam Pana/Panią* (imię i nazwisko osoby upoważnianej)

do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby. Upoważnienie to dotyczy wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

Dane osoby upoważnianej:

Adres: _____

PESEL: _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail: _____

data i czytelny podpis pacjenta

* niewłaściwe skreślić