

Imię, nazwisko

PESEL

Upoważnienia

1. Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam:

Imię i nazwisko

Adres

Data

Podpis pacjenta

2. Do wglądu w moją dokumentację medyczną upoważniam:

Imię i nazwisko

Adres

Data

Podpis pacjenta

3. Do wglądu w dokumentację medyczną po mojej śmierci upoważniam:

Imię i nazwisko

Adres

Data

Podpis pacjenta