

Wzór upoważnienia osoby trzeciej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta

Upoważniam

.....
Imię i nazwisko, adres, numer telefonu

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Podpis pacjenta

Wzór upoważnienia osoby trzeciej do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

Upoważniam

.....
Imię i nazwisko

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis pacjenta