

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

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

DOSTĘP 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 dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej _____
(imię i nazwisko pacjenta).

Dane osoby upoważnianej:

Adres: _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail: _____

data i czytelny podpis pacjenta

* niewłaściwe skreślić