

....., dnia.....
(miejsowość)

.....
(Imię i nazwisko pacjenta, pesel lub dow.osobisty)

1. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (imię, nazwisko oraz dane kontaktowe osoby upoważnionej):

2. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej:

3. Dokumentację medyczną chcę otrzymywać na adres mailowy:

.....
Podpis pacjenta