



# SZPITAL JARCEWO

Jarcewo; ul. Szkolna 12; 89-606 Charzykowy

tel. 52 334 26 31, fax: 52 334 33 34

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej

Ja (*imię i nazwisko*) ..... ,  
legitymujący/a się Dowodem Osobistym: seria: ..... , numer: ..... ,  
wydanym przez ..... ,  
urodzony/a w: ..... , PESEL: ..... ,  
zamieszkały: ..... ,  
telefon kontaktowy: .....

<input type="checkbox"/>	Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych oraz wglądu do mojej dokumentacji medycznej, sporządzonej w Szpitalu Jarcewo.
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Upoważniam następującą osobę / osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych oraz wglądu do mojej dokumentacji medycznej, sporządzonej w Szpitalu Jarcewo:
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....  
(adres zamieszkania i numer telefonu osoby upoważnionej)

.....  
(pokrewieństwo)

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....  
(adres zamieszkania i numer telefonu osoby upoważnionej)

.....  
(pokrewieństwo)

.....  
(data i podpis pacjenta)