

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Oświadczenie.

Upoważniam wskazane osoby do udostępnienia mojej dokumentacji oraz informowania o moim stanie zdrowia.

.....
Nazwisko i Imię PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Czytelny podpis Pacjenta Data

.....
Nazwisko i Imię PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Czytelny podpis Pacjenta Data

Oświadczenie.

Oświadczam, że zgodnie z obowiązującymi przepisami po upływie okresu przechowywania w archiwum Specjalistycznego Zakładu Profilaktyczno-Leczniczego PROVITA sp. z o.o. mojej dokumentacji medycznej indywidualnej, która została przeznaczona do zniszczenia, na mój wniosek lub przedstawiciela ustawowego, a w razie mojej śmieci osobie upoważnionej będzie wydana za potwierdzeniem.

Upoważniam
Nazwisko i Imię PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Czytelny podpis Pacjenta Data

Nie upoważniam
Czytelny podpis Pacjenta Data