

.....
miejsowość, data

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

upoważniam Panią/Pana*(imię i nazwisko)*
..... *(pesel lub data urodzenia)* **do uzyskiwania informacji o moim stanie
zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):

nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych
świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

upoważniam Panią/Pana*(imię i nazwisko)*
.....*nr pesel lub data urodzenia)* **do dostępu do mojej dokumentacji
medycznej wytworzonej w SALVITA CLINIC centrum gastroenterologii (SALVITA sp. z. o. o. sp. k.)**

nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej
w SALVITA CLINIC centrum gastroenterologii (SALVITA sp. z. o. o. sp. k.)

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie