

OŚWIADCZENIE

Niniejszym **oświadczam, że;**

- 1)** do otrzymywania dokumentacji medycznej w formie opisów, wypisów, kopi i informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych upoważniam;

.....
/ imię i nazwisko upoważnionej osoby/

.....
/ adres zamieszkania, telefon

- 2)** do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam:

.....
/ imię i nazwisko upoważnionej osoby/

.....
/ adres zamieszkania, telefon

- 3)** nie wyrażam zgody do udzielania informacji medycznej o stanie mojego zdrowia.

- 4)** nie wyrażam zgody do udostępniania mojej dokumentacji medycznej .

- 5)** wyrażam zgodę na proponowane leczenie i diagnostykę

Imię Nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Janów Lubelski dnia.....Czytelny podpis.....