

Upoważnienie

Upoważniam osobę bliską¹ - Panią/Pana,
zam., nr telefonu do
uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Podpis pacjenta

¹ osoba bliska - małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta;
