

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych na wypadek śmierci

Ja (imię i nazwisko) PESEL
upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
PESEL zam.
tel. do uzyskiwania informacji po mojej śmierci o moim stanie zdrowia
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) PESEL
nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania po mojej śmierci informacji o moim stanie zdrowia
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

(data i podpis)

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej na wypadek śmierci

Ja (imię i nazwisko) PESEL
upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
PESEL do uzyskiwania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....

(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) PESEL
nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....

(data i podpis)