

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY PEŁNOLETNIEJ

1. Upoważniam do udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej i przechowywanej przez.....

.....Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis

2. Upoważniam do udostępniania po mojej śmierci dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej przechowywanej przez .....Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis

3. Oświadczam , ze po mojej śmierci nie sprzeciwiam się/sprzeciwiam się\* udostępnianiu dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielanych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej i przechowywanej przez

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis

\*Niepotrzebne skreślić