

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY MAŁOLETNIJ PO 16 ROKU ŻYCIA

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 osoby małoletniej 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 osoby małoletniej czytelny podpis

3. Oświadczam , że 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 osoby małoletniej czytelny podpis

*Niepotrzebne skreślić