

Formularz udostępniania dokumentacji medycznej
OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospicjum Stacjonarne w Mościckim Centrum Medycznym spółka z o.o.
przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania mojej dokumentacji medycznej, /również w przypadku mojej śmierci*

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

Pacjenta poinformowano o możliwości zmiany złożonych oświadczeń w dowolnym czasie, a także o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

.....
*data i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie*

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego