

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(PONIŻEJ 18 R.Ż.)



Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

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

**Wszystkie poradnie w Mościckim Centrum Medycznym spółka z o.o.
przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów**

za wyjątkiem:.....

**Będąc opiekunem ustawowym dziecka (matka/ojciec/inna osoba.....*)
upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania
informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach
zdrowotnych,/również w przypadku jego śmierci***

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

**Będąc opiekunem ustawowym dziecka (matka/ojciec/inna osoba.....*)
upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania
dokumentacji medycznej dziecka,/również w przypadku jego śmierci***

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

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

.....
data i podpis pacjenta i/lub opiekuna ustawowego

*** niepotrzebne skreślić**