

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. św. Jadwigi
nr ks. rejestr. 000000009416
Opole ul. Wodociągowa 4 tel. 77 54 14 110
Oddział
kod:

Oświadczenie pacjenta

Imię i nazwisko:			PESEL:			Data:					
OŚWIADCZENIE PACJENTA Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych						Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych					
..... (data i podpis pacjenta)					 (data i podpis pacjenta)					
OŚWIADCZENIE PACJENTA Upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej						Nie wskazuję osoby upoważnionej do uzyskania mojej dokumentacji medycznej					
..... (data i podpis pacjenta)					 (data i podpis pacjenta)					
Zostałem zapoznany z prawami pacjenta.											
..... (data i podpis pacjenta)											