

Załącznik Nrdo historii zdrowia i choroby

Nazwisko Imię (imiona)..... Płeć K M

Data Urodzenia Adres

Pesel

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

 Seria i nr dowodu osobistego NIP

OŚWIADCZENIE

1.Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w dziale II, rozdziale 5 oraz dziale III ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w:

Nazwa placówki :

Adres:.....

.....
Data i podpis pacjenta

2.Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

Nr telefonu

.....
Data i podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

.....
Data i podpis pacjenta

3.Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

Nr telefonu

.....
Data i podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

.....
Data i podpis pacjenta