



UPOWAŻNIENIE

W przypadku **zgody** na uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i wskazanie osoby upoważnionej do ich uzyskiwania wypełniamy **tylko punkt 1.**

W przypadku **braku zgody** i nie upoważnienia żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia należy wypełnić **tylko punkt 2.**

1. Ja, oświadczam, że osobą upoważnioną do
(imię i nazwisko)

uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię:

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Nr telefonu:

.....
data

.....
podpis pacjenta

2. Ja, oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby
(imię i nazwisko)

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.

.....
data

.....
podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Ja, oświadczam, że jestem ubezpieczony
(imię i nazwisko, PESEL)

w NFZ Oddział

.....
data

.....
podpis pacjenta



UPOWAŻNIENIE

W przypadku **zgody** na uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i wskazanie osoby upoważnionej do ich uzyskiwania wypełniamy **tylko punkt 1.**

W przypadku **braku zgody** i nie upoważnienia żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia należy wypełnić **tylko punkt 2.**

1. Ja, oświadczam, że osobą upoważnioną do
(imię i nazwisko)

uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię:

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Nr telefonu:

.....
data

.....
podpis pacjenta

2. Ja, oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby
(imię i nazwisko)

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.

.....
data

.....
podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Ja, oświadczam, że jestem ubezpieczony
(imię i nazwisko, PESEL)

w NFZ Oddział

.....
data

.....
podpis pacjenta