

OŚWIADCZENIE (Świadczeniobiorcy)

Ja

legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez

urodzona/y w Pesel

zamieszkała/y

telefon kontaktowy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Centrum Medycznym SKAŁKA w Bukownie.

.....
Podpis pacjenta

Oświadczam, że do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i do uzyskania mojej dokumentacji medycznej upoważniam:

- Panią/Pana

pokrewieństwo zamieszkałą/ego

.....
telefon kontaktowy

- Panią/Pana

pokrewieństwo zamieszkałą/ego

.....
telefon kontaktowy

.....
Podpis pacjenta

Oświadczam, że nikogo nie upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

.....
Podpis pacjenta