

Goszczyn, dnia

OŚWIADCZENIE PACJENTA
(dotyczące odbioru dokumentacji medycznej)

Ja,

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a):

.....
(adres pacjenta)

Nr PESEL:

.....

Legitymujący(a) się: seria: nr:

Oświadczam, że:

☐ upoważniam na stałe

☐ upoważniam od dnia do dnia

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Nr PESEL:

do odbioru z SPZOZ w Goszczynie:

☐ wyników badań laboratoryjnych

☐ innej dokumentacji medycznej: recepty, zaświadczenia, opini lekarskiej,
skierowań na badania dodatkowe

☐ kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis pacjenta)

☐ nie upoważniam nikogo do odbioru dokumentacji medycznej z SPZOZ w
Goszczynie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis pacjenta)