



Warszawa, dnia

.....
(Imię (imiona)i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie Rodzica/Opiekuna Prawnego Pacjenta o Upoważnieniu:

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

**Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta
i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych**

Nie upoważniam nikogo/ Osobą upoważnioną*
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka/podopiecznego i udzielonych mu
świadczeniach zdrowotnych jest

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(Adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna składającego świadczenie)

Oświadczenie Rodzica/Opiekuna Prawnego Pacjenta o Upoważnieniu:

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej

Nie upoważniam nikogo/ Osobą upoważnioną*
do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(Adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna składającego oświadczenie)