



DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na wykonanie świadczeń medycznych niezbędnych w procesie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Upoważniam Panią/Pana

zamieszkałego.....

data urodzenia.....

tel.

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wglądu do mojej dokumentacji TAK/NIE
2. Do odbioru mojej dokumentacji medycznej znajdującej się w Poradni Rehabilitacyjnej „ReVITA” TAK/NIE

.....
Podpis pracownika

.....
Data i czytelny podpis pacjenta



DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na wykonanie świadczeń medycznych niezbędnych w procesie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Upoważniam Panią/Pana

zamieszkałego.....

data urodzenia.....

tel.

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wglądu do mojej dokumentacji TAK/NIE
2. Do odbioru mojej dokumentacji medycznej znajdującej się w Poradni Rehabilitacyjnej „ReVITA” TAK/NIE

.....
Podpis pracownika

.....
Data i czytelny podpis pacjenta