



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Data

Ja niżej podpisana/-y,

Imię i nazwisko

Adres

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. upoważniam Panią/Pana

Adres

Telefon

nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

2. upoważniam Panią/Pana

Adres

Telefon

nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, prowadzonej w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK.

Upoważnienie to: obejmuje / nie obejmuje wglądu do dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

3. **Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości cofnięcia powyższych upoważnień.**

.....

(czytelny podpis pacjenta)

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z „Regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego KRIOSONIK Sp. z o.o.” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów, jak również zasad porządkowych obowiązujących w jednostce Centrum Medycznego i Rehabilitacji KRIOSONIK, w której korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej.

.....

(czytelny podpis pacjenta)