

1. Osoba upoważniona do kontaktu z osobami leczącymi oraz udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

imię i nazwisko:

adres:

nr telefonu:

.....

czytelny podpis pacjenta

2. Upoważniam Panią/Pana

Do wglądu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

.....

czytelny podpis pacjenta