

Spółka Lekarska SKARBOWA
T. Kremer i Wspólnicy Sp. J
ul. Chopina21
65-032 Zielona Góra
tel.68 320 21 46

.....
imię i nazwisko pacjenta
.....
pesel pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dn. 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

UPOWAŻNIAM

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

.....
(Adres i telefon kontaktowy osoby upoważnionej)

- a) Do uzyskania mojej dokumentacji medycznej*
- b) Do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- c) Do odbioru moich recept*

.....
Data i podpis pacjenta

*) w przypadku braku zgody skreślić