

Załącznik nr 1 do Historii zdrowia i choroby

..... M K
nazwisko imię płęć
.....
ulica, numer, kod, miejscowość
.....
PESEL data urodzenia

NZOZ PozMed
Przychodnia Lekarza Rodzinnego
62-040 Puszczykowo,
ul. Poznańska 36
tel. 61 830-13-82,
e-mail pozmed.puszczykowo@gmail.com
Nr umowy z NFZ
150008087/01/5/0048/0/13/15

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzenie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez

NZOZ PozMed Przychodnia Lekarza Rodzinnego
62-040 Puszczykowo, ul. Poznańska 36

.....
Data i podpis pacjenta

2. Uzyskanie informacji o stanie zdrowia

Upoważniam / nie upoważniam nikogo

Panią/Pana nr tel.

Panią/Pana nr tel.

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

.....
Data i podpis pacjenta

3. Uzyskiwanie dokumentacji medycznej

Upoważniam / nie upoważniam nikogo

Panią/Pana nr tel.

Panią/Pana nr tel.

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....
Data i podpis pacjenta