



**OŚWIADCZENIE PACJENTA
ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

.....
miejsowość, data

Ja..... nr PESEL
(imię i nazwisko pacjenta)

legitymujący(a) się:..... seria: nr.....
(nazwa dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

upoważniam na stałe (DO ODWOŁANIA):

..... nr PESEL
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....
(adres osoby upoważnianej)
(numer telefonu osoby upoważnionej)

do odbioru w Endoterapia PFG Sp. z o.o.:

- wyników badań dodatkowych
- dokumentacji medycznej tj. karty historii zdrowia i choroby z leczenia ambulatoryjnego i/lub szpitalnego
- innej dokumentacji medycznej tj. recepty, druki zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA, zaświadczenia, opinie lekarskie.
- wyrażam zgodę na otrzymywanie wyłącznie drogą elektroniczną wyników, dokumentów i innych informacji medycznych na wskazany poniżej adres e-mail.

Adres mailowy:.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

nie upoważniam nikogo do odbioru dokumentacji medycznej w Endoterapia PFG Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta