

OŚWIADCZENIE

1. Upoważniam do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej i przechowywanej przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Płocku Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

..... dn.

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)

2. Upoważniam do udostępnienia po mojej śmierci dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej i przechowywanej przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Płocku Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

..... dn.

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)

3. Oświadczam, że po mojej śmierci nie sprzeciwiam się/sprzeciwiam się* udostępnieniu dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych prowadzonej i przechowywanej przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Płocku.**

..... dn.

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

**wypełnić w przypadku, gdy w pkt. 2 pacjent nie upoważnił żadnej osoby