



Analgomed Sp. z o.o.
Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 95
REGON: 366545807

Dane pacjenta:

PESEL

Oświadczenie

Dane przedstawiciela ustawowego/ przedstawicieli
ustawowych pacjenta (matka, ojciec)

Imię i nazwisko

nr telefonu PESEL

Imię i nazwisko

nr telefonu PESEL

Upoważnienie dla osoby innej niż wyżej wymienione

Imię i nazwisko

nr telefonu PESEL

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i
udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta.

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

Nie upoważniam nikogo.

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i innego
świadczenia zdrowotnego.

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta