

OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYCOFANIU UPOWAŻNIEŃ

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL / data urodzenia)

.....
(Nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym wycofuję udzielone wcześniej upoważnienie dla:

Pana/Pani:
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

PESEL / data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu (jeśli jest znany):

do:

- ☐ uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia*,
- ☐ dostępu do mojej dokumentacji medycznej, w tym wglądu oraz uzyskiwania jej kopii*.

*zaznacz właściwe

Oświadczam, że wycofanie upoważnienia obowiązuje od momentu przyjęcia niniejszego oświadczenia przez podmiot leczniczy.

.....
(czytelny podpis pacjenta lub czytelny podpis opiekun prawnego)