Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wycofanie zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Wycofuję udzieloną przez mnie zgodę dla

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej)

na uzyskiwanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Wycofuję udzieloną przeze mnie zgodę dla

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej)

na uzyskiwanie mojej dokumentacji medycznej

(Miejscowość, data i podpis Pacjenta)