



**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO
UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA I UDZIELONYCH
ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ
DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

CENTRUM REHABILITACJI EKOVI
Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
Ul. Klasztorna 23, 42-200
Częstochowa
www.ekovita.net, info@ekovita.net

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

Oświadczam, iż do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia (lub dziecka) i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/oraz/do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/*upoważniam następującą osobę:

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy
Stopień pokrewieństwa

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy
Stopień pokrewieństwa

Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych) oraz do odbioru mojej dokumentacji medycznej*.