

Pieczętka zakładu

HISTORIA CHOROBY

Data zarej.

Poradni

Nazwisko Imię Płeć: M Z *)

Data urodzenia Adres

PESEL Telefon kontaktowy

Ubezpieczony		Nieubezpieczony	
czynny	bierny	samo- płacący	leczony bezpłatnie

Symbol grupy
produkcji i usług
(wpisać odpowiednią cyfrę)

--

Grupa krwi	Rh

Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię:

Nazwisko i imię (rodzic/opiekun)

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

Nr telefonu

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów medycznych ☐ tak ☐ nie

Data

Podpis pacjenta(ki).....

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.

Data

Podpis pacjenta.....

*) właściwie zaznaczyć