

Zgoda na udzielenie informacji o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na udzielanie niżej wymienionym osobom informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, udzielonych świadczeniach, dających się przewidzieć następstwach ich udzielenia lub zaniechania ich udzielenia, wynikach leczenia oraz rokowaniu:

1. *Imię i nazwisko*

adres:

nr tel. _____

2. *Imię i nazwisko*

adres:

nr tel. _____

(data, podpis)



FUNDACJA NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY - Centrum Zdrowia FEDERA

Świętokrzyska 30, 00-116 Warszawa

NIP: 5252875947, REGON: 38992824900017, tel. 786301426

Numer księgi rejestrowej: 000000275478

Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej

Upoważniam niżej wymienione osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz świadczeń zdrowotnych.

1. *Imię i nazwisko*

adres:

nr tel. _____

2. *Imię i nazwisko*

adres:

nr tel. _____

(data, podpis)